_____ _____

Name, Vorname Datum

_____

_____

Anschrift

_____

Telefonnummer für Rückfragen

Antrag auf Nachteilsausgleich bei der Abschlussprüfung

(Bitte geben Sie eine Begründung zu Ihrem Antrag an und fügen Sie ggfs. eine Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises und/oder ärztliche Unterlagen bei!
Reichen Sie in jedem Fall die Anlage 2a mit ein!)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Unterschrift