

Antrag auf Nachteilsausgleich

Name des/der Auszubildenden

Straße Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefonnummer

Evtl. Angaben zu Erziehungsberechtigten/Vormund

Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

E-Mail

Telefonnummer

Name des/der Ausbildenden

Apotheke

Straße Hausnummer

PLZ Ort

E-Mail Telefonnummer

Welche Einschränkung bzw. Behinderung liegt vor? Bitte ankreuzen:

Sehbehinderungen/Blindheit

Hörschädigung/Gehörlosigkeit

Sprachbehinderungen

Chronische internistische Erkrankungen

Körperbehinderungen

Lernbehinderungen

Psychische Behinderungen oder Beeinträchtigungen

Teilleistungsstörungen wie z.B. Legasthenie, Dyskalkulie

andere, welche:

Welches Berufskolleg besucht der Auszubildende?

Hat der Auszubildende einen Antrag auf Nachteilsausgleich beim Berufskolleg gestellt?

Ja

Nein

Wenn ja: Wie wird der Nachteilsausgleich im Berufskolleg umgesetzt?

Ist der Auszubildende mit diesem Nachteilsausgleich zufrieden?

Ja

Nein

Wenn nein: Was sollte verbessert werden?

Soll bei der Beurteilung des Antrags noch etwas berücksichtigt werden?

Bitte legen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei:

- **Kopie des Schwerbehindertenausweises (sofern vorhanden)**
- **Gutachten oder Stellungnahme möglichst mit Hinweisen, welche möglichen Maßnahmen als Nachteilsausgleich geeignet wären**
 - **eines Facharztes/einer Fachärztin**
 - **eines Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin.**

Diese Informationen werden für die individuelle Beurteilung des Antrags benötigt.

___ Ort, Datum

___ Unterschrift des/der Antragstellenden