Antragsformular auf Nachteilsausgleich für Lernende/r mit Behinderungen

Auszufüllen bei Lehrbeginn oder bei Erkennung von Behinderungen durch den/die Lernende mit der zuständigen Person.

☐ **Berufsfachschule** ☐ **Berufsmaturität** ☐ **überbetriebliche Kurse** ☐ **Lehrbetrieb**

1. Datum Antrag: .....

2. Personalien lernende Person ***Lehrvertragsnummer:*** .....

Name:	.....	Beruf:	.....
Vorname:	.....	Fachrichtung:	.....
Strasse:	.....	Lehrbetrieb:	.....
Wohnort:	.....	Ort:	.....
Tel. Privat:	.....	Tel. Geschäft:	.....
Lehre von-bis:	.....		

3. Leistungsbeeinträchtigung

☐ Legasthenie ☐ Dyskalkulie ☐ AD(H)S ☐ ASS

☐ andere: .....

☒ bitte Entsprechendes ankreuzen

4. Zuständige Person (Berufsfachschule, Berufsmaturität oder überbetriebliche Kurse)

Name: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

5. Vorhandene Dokumente (aktuelle Gutachten von Fachpersonen)

.....

.....

6. Vorgesehene Massnahmen zum Nachteilsausgleich (Hilfsmittel, Zeitzuschlag in Minuten)

.....

.....

	Datum:	***Unterschrift:***
Lernende/r:	.....	.....
Gesetzliche/r Vertreter/in:	.....	.....
Zuständige Person am Lernort:	.....	.....
Berufsbildner/in:	.....	.....

Formular bleibt bei der zuständigen Person, Kopie an die kantonale Behörde und an die zeichnenden Personen