

## Gesuch um Nachteilsausgleich

Für die Aufnahmeprüfung BM1 / BM2

---

### 1. Personalien lernende Person

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

### 2. Gesetzliche Vertretung

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### 3. Leistungsbeeinträchtigung

Legasthenie       Dyskalkulie       AD(H)S       ASS  
 andere: \_\_\_\_\_

### 4. Vorhandene Gutachten eines Facharzt oder einer spezialisierten Fachstelle

Facharzt oder Fachstelle des Gutachtens: \_\_\_\_\_

### 5. Welche unterstützenden Massnahmen würden Ihnen helfen?

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Lernende/r: \_\_\_\_\_

Gesetzliche/r Vertreter/in: \_\_\_\_\_

Beilagen:

Aktuelles Gutachten des Facharztes/der Fachärztin resp. der spezialisierten Fachstelle

Dieses Formular senden Sie bitte an [afb@sz.ch](mailto:afb@sz.ch)