

## Antrag auf Berücksichtigung einer Lese-Rechtschreib-Störung

(Bitte neben Seite 1, auch Seiten 3 und 4 zusätzlich ausfüllen)

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_  BS /  BFS Klassenlehrkraft: \_\_\_\_\_

**Hiermit beantrage ich für die/den oben genannte/n Schüler/in**

- Nachteilsausgleich  
und / oder**
- Notenschutz** (ist mit einer Zeugnisbemerkung verbunden).

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Schüler/in**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Erziehungsberechtigte**

---

### **Einwilligung zur Informationsweitergabe an eine aufnehmende Berufsschule**

Im Fall eines Wechsels an eine andere Berufsschule im Rahmen der aktuellen Ausbildung, stimmen wir/ich zu, dass eine Kopie des Bescheids der Heinrich-Thein-Schule über eine anerkannte Lese-Rechtschreib-Störung und eine Kopie der aktuellsten schulpsychologischen Stellungnahme an die aufnehmende Berufsschule weitergeleitet werden.

Die Zustimmung dient dazu, die Anerkennung der Lese-Rechtschreib-Störung an der aufnehmenden Schule zu beschleunigen. Eine Antragsstellung ist an der aufnehmenden Schule weiterhin erforderlich.

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Schüler/in**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Erziehungsberechtigte**

Rückseite:

Diese Seite nicht ausfüllen – machen Sie bitte auf der nächsten Seite weiter.

Bearbeitungshinweise, diese Seite ist vom **Schulpsychologen** auszufüllen.

Vorliegende Unterlagen:

- Zeugnis Grundschule (GS Klasse 2, 3 oder 4) \_\_\_\_\_
  - Letztes Schulzeugnis => Störung bescheinigt? nein / ja (welche\_\_\_\_\_)
  - aktuelle Schreibprobe (selbst erstellter Text) \_\_\_\_\_
  - fachärztliches Gutachten
  - Schulpsychologische Stellungnahme  
Aussteller: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
- Bestätigte Störung: \_\_\_\_\_

Bearbeitungsstand (Unterlagen angefordert, Rücksprache, .... ):

---

---

Empfehlung:

---

---

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Schulpsychologe*

## Udo Kreisel - Schulpsychologe

Heinrich-Thein-Schule

Hofheimer Straße 14-18 • 97437 Haßfurt

Tel.: 09521 9225-0 • mobil: 0151 5911 8011

E-Mail: schulpsychologe@bs-hassfurt.de



### Beiblatt zum Antrag bei Lese-Rechtschreib-Störung

**Bitte diesen Bogen und alle Dokumente in einem verschlossenen Kuvert direkt an den Schulpsychologen Herrn Kreisel adressieren.**

#### 1. Angaben zum/r Schüler/in

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrkraft: \_\_\_\_\_ Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

#### 2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten\*

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\*Anschrift angeben falls von der Anschrift der Schülerin/des Schülers abweichend.

#### 3. Angaben zur Lese-Rechtschreib-Störung

Welche Diagnose liegt bereits vor:  Lese-Rechtschreib-Störung  
 Lesestörung  
 Rechtschreibstörung  
 weitere: \_\_\_\_\_

Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere fachärztliche Diagnosen? \_\_\_\_\_

Liegt eine Seh- und/oder Hörbeeinträchtigung vor?  ja  nein

... wenn ja, wurde diese fachärztlich untersucht?  ja  nein

Welche Maßnahmen wurden bisher in der Schule gewährt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kurzer Überblick über die bisherige schulische Laufbahn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **4. Bitte folgende Unterlagen in Kopie beilegen:**

- ✓ **neueste schulpsychologische Stellungnahme (wenn vorhanden)**
- ✓ **fachärztliches Gutachten (wenn vorhanden)**
- ✓ **Zeugnis Jahrgangsstufe 2, 3 oder 4**
- ✓ **Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schule**
- ✓ **letztes Zeugnis der derzeitig besuchten Schule**
- ✓ **aktuelle Schreibprobe (nicht verbessert)**  
(z.B. Kopie einer Deutschschulaufgabe, selbstverfasster Aufsatz, o. ä.)

#### **5. Einverständniserklärung\***

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Familienname, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Von Erziehungsberechtigten minderjähriger Schüler auszufüllen

**Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur bei Vollständigkeit der Dokumente erfolgen kann. Bei Unvollständigkeit verlängert sich die Bearbeitungszeit erheblich.**