

Name, Geburtsdatum und Anschrift des Prüflings:

Bezirksregierung Detmold
Dezernat 48; 48.27, Leopoldstr. 15 , 32756 Detmold

– per E-Mail an carolin.rode@bezreg-detmold.nrw.de

Antrag auf einen individuellen Nachteilsausgleich in schriftlich landeseinheitlich gestellten

Abiturklausuren am Gymnasium / Gesamtschulen (§ 13 (8) APO-GOSt)

Abiturklausuren am Berufskolleg (§ 13 (8) APO-GOSt i.V.m. § 15 APO-BK)

ZP 10 Prüfungen an Waldorfschulen (§6 (9) APO SI)

für Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen oder mit Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung

Antragsfrist: 30.11. jeden Jahres

Schule:

Schulnummer:

Schulleitung und zuständige Lehrkraft:

dienstliche E-Mail-Adresse:

Telefon:

Fax:

A.1) Abiturfachkombination des Prüflings:

LK 1:

LK 2:

Ab 3:

Ab 4:

A.2) ZP 10 Prüfungsfächer des Prüflings:

Deutsch:

Englisch:

Mathematik:

B) Falls Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung besteht:

Förderschwerpunkt(e) gemäß AO-SF:

Körperbehinderung (AO-SF § 6)

Hören und Kommunikation (AO-SF § 7)

Sehen (AO-SF § 8)

Autismus-Spektrum-Störung i.V. mit einem der Förderschwerpunkte nach AO-SF § 4-8

Eine fortlaufende Dokumentation des bisherigen Nachteilsausgleichs liegt vor:

als Bestandteil des indiv. Förderplans (AO-SF § 21.7)

als zusätzliche Einzeldokumentation

(bitte fügen Sie die Nachweise dem Antrag bei)

C) Falls kein Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung gemäß AO-SF besteht:

Ein ärztliches Attest liegt vor:

ja

nein

Ein vergleichbarer Nachteilsausgleich wurde

in der Sekundarstufe I gewährt:

ja

nein

in der gymnasialen Oberstufe gewährt:

ja

nein

(bitte fügen Sie die Nachweise dem Antrag bei)

Name, Geburtsdatum und Anschrift des Prüflings:

Hinweis: Voraussetzung für die Gewährung eines NTA in den zentral gestellten Abituraufgaben ist die Gewährung von vergleichbaren NTA in der Sek. I und der gymnasialen Oberstufe. Akute Fälle und Ausnahmen müssen besonders begründet werden.

D) Art und Umfang des bisher bei Klausuren gewährten Nachteilsausgleichs:

a) stichpunktartige Beschreibung des Ausgleichsbedarfs
(schulische Einschätzung, medizinischer Hintergrund, Attestinformationen):

b) bisherige Arbeitszeitverlängerungen

Abiturfach	Q1.1		Q1.2		Q2.1	
	Standardzeit in Minuten	Verlängerung in Minuten	Standardzeit in Minuten	Verlängerung in Minuten	Standardzeit in Minuten	Verlängerung in Minuten
ZP 10 Fach		Verlängerung in Minuten				

c) sonstige bisherige Unterstützungen

Abiturfach	Q1.1	Q1.2	Q2.1
ZP 10 Fach			

Name, Geburtsdatum, Anschrift des Prüflings:

d) Eine fortlaufende Dokumentation gemäß VVzAPO-GOST 13.7 des bisher in den Halbjahren der gymnasialen Oberstufe genehmigten Nachteilsausgleichs ist diesem Antrag in digitaler Form beigelegt:

ja nein

Falls „nein“: Begründung:

E) Beantragte Nachteilsausgleiche im Einzelnen:

1) Verlängerung von Arbeitszeiten

Abiturfach:

ZP 10 Prüfung:

Zeit (in Minuten):

Begründung:

2) Zusatzzeiten (Pausen- / Therapiezeiten)

Abiturfach:

ZP 10 Prüfung:

Zeit (in Minuten):

Begründung:

3) Einsatz technischer, apparativer oder elektronischer Hilfen:

Abiturfach:

ZP 10 Prüfung:

Hilfen:

Begründung:

Name, Geburtsdatum und Anschrift des Prüflings:

4) Veränderung der Arbeitsplatzorganisation oder der räumlichen Voraussetzungen:

Begründung:

**5) Aufgabenmodifizierungen bei Förderschwerpunkt SE (AO-SF § 8)
oder bei sonstiger Sehschädigung ohne festgestellten Unterstützungsbedarf:**

Die Information an das MSB ist erfolgt, falls Modifizierung erforderlich ist: ja nein

Die notwendige parallele Information an FIBS ist erfolgt
(bei SE nach AO-SF § 8 oder sonstiger Sehschädigung): ja nein

– kurze Skizzierung der Sehschädigung (außerhalb AO-SF):

– kurze Skizzierung bisheriger Nachteilsausgleiche:

6) Besondere personelle Unterstützung:

Begründung:

F) Zusätzliche Informationen / Besonderheiten zur Bedingung des Einzelfalls: