

**Antrag auf Nachteilsausgleich zur Externenprüfung
für den Mittleren Schulabschluss
gemäß § 22 der Verordnung über die Externenprüfung (PO-Externe-S I) vom
22.10.2007 (in der z. Zt. gültigen Fassung)**

An die
Bezirksregierung Detmold
Dezernat 48 (48.71)
Leopoldstraße 15
32756 Detmold

Ich reiche diesen Antrag zusammen mit dem Antrag auf Zulassung zur Externenprüfung zum Erwerb des:
Mittleren Schulabschlusses
ein.

I. Persönliche Angaben in Druckbuchstaben:

Name:	Vorname: w ¹ m d
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Telefonnummer:	E-Mail ² :
Straße/Hausnummer:	PLZ/Ort: (Adressänderungen sind unverzüglich mitzuteilen!)
Bei Minderjährigen bitte Namen und Anschrift der/des ³ : <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigten <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer angeben	

(Vollständige Angaben sind wegen der Information über die Prüfungszulassung zwingend erforderlich.)

¹ Geschlecht bitte ankreuzen

² Wenn vorhanden

³ Die genannte Person muss den Antrag unterschreiben.

II. Form/Umfang des Nachteilsausgleichs

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Verlängerung der Schreibzeit um _____ Minuten
- Verlängerung der Vorbereitungszeit um _____ Minuten bei der mündlichen Prüfung
-
- gesonderter Prüfungsraum
 Benutzung technischer Hilfsmittel (bitte das oder die Hilfsmittel auflühren):
-
- Modifizierte Aufgabenstellung (ggf. für Prüflinge mit den sonderpädagogischen Förderschwerpunkten "Sehen, sowie Hören und Kommunikation", in besonderen Ausnahmefällen auch für Prüflinge mit Autismus-Spektrum-Störung)
- Prüfungsbegleitung durch eine vertraute Person (hier bitte vollständigen Namen und das Verhältnis angeben z.B. Eltern, Lehrer, Betreuer):

Sonstiges

III. Begründung/Diagnose zum gewünschten Nachteilsausgleich:

VI. Die (schulische) Benachteiligung äußert sich wie folgt:

V. Dem Antrag liegen folgende Anlagen bei:

Bitte Zutreffendes ankreuzen

beglaubigte Fotokopien der notwendigen Nachweise (aktuelles **fachärztliches** Attest, Bescheinigung, etc.)

Ein aussagekräftiges Attest **muss** u.a. folgende Kriterien beinhalten:

- Nachvollziehbarkeit der Grundlagen für die erstellte Diagnose (z.B. Dokumentation von Standardisierten Testverfahren)
- Darstellung der konkreten Krankheit im Einzelfall
- Art, Umfang und Schwere der Auswirkung der Beeinträchtigungen
- Angabe über Dauer, Häufigkeit und Verlauf der ärztlichen Behandlung

Bescheinigung über bisher gewährte Fördermaßnahmen und Nachteilsausgleiche

Sonstiges:

Mit dieser Unterschrift wird die Richtigkeit aller Angaben erklärt.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Bezirksregierung Detmold erfolgt auf Grund der für das jeweilige Verfahren geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Weitere Hinweise zum Datenschutz einschließlich der Informationen nach Art. 13 und 14 und über Ihre sonstigen Rechte nach der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) finden Sie hier: <http://www.bezreg-detmold.nrw.de/Datenschutz>.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Prüflings

.....
Unterschrift vom Erziehungsberechtigten / Vormund / Betreuer