|  |
| --- |
| **Vereinbarung zum Nachteilsausgleich** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegenstand** | Vereinbarung zum Nachteilsausgleich betreffend  |
| **PersonalienLernende/Lernender** | Name/Vorname Geburtsdatum Schulort/Klasse  |
| **Diagnose** |  |
| **Auswirkungenauf den Schulalltag/ Bildungsprozesse** |  |
| **Nachteilsausgleich(Anpassungen beigleichbleibendenLernzielen)** |  |
| **Prozedere(Persönliche****Assistenz)** |  |
| **ErgänzendeAnmerkungen** |  |
| **Unterschrift allerBeteiligten** | Lernende/LernenderGesetzliche VertretungKlassenlehrpersonHeilpädagogin/Heilpädagoge |
| **Ort, Datum** |  |
| **Bewilligung durch die Schulleitung****(zwingend)** | Unterschrift |
| **Ort, Datum** |  |

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Dr. Alexandra Schubert, Amt für Volksschule und Sport
Abteilung Sonderpädagogik, alexandra.schubert@ar.ch