



## Absender

|                      |  |
|----------------------|--|
| Vorname Name         |  |
| Straße               |  |
| Postleitzahl Wohnort |  |
| Telefon /Handy       |  |

## An die Schulleitung

### Verzichtserklärung für die Berücksichtigung einer Lese-Rechtschreib-Störung

gemäß Art. 52 Abs. 5 Bayerisches Gesetz für Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) und §§ 31-36 Schulordnung für schulartübergreifende Regelungen an Schulen in Bayern (BaySchO)

| Name der/des Studierenden  | Geb.-Datum | Klasse |
|--|------------|--------|
| Hiermit erkläre ich den Verzicht auf die im Bescheid vom _____ gewährten Maßnahmen zum   |            |        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Nachteilsausgleich</b></li><li>○ <b>Notenschutz.</b></li><li>○ bei <u>Lesestörung</u> (keine Bewertung des Vorlesens in Deutsch, Deutsch als Zweitsprache und in Fremdsprachen)</li><li>○ bei <u>Rechtschreibstörung</u> (keine Bewertung der Rechtschreibleistung)</li><li>○ bei <u>Rechtschreibstörung</u> (stärkere Gewichtung der mündlichen Leistungen in den Fremdsprachen mit Ausnahme der Abschlussprüfungen abweichend von der Schulordnung)</li></ul> |            |        |

Diese Verzichtserklärung gilt ab dem Schuljahr \_\_\_\_\_.

Bei Bedarf kann in den folgenden Schuljahren ein neuer Antrag auf Nachteilsausgleich bzw. Notenschutz gestellt werden.

---

Ort/ Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/  
Studierende/er