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

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegenstand** | Vereinbarung zum Nachteilsausgleich betreffend |
| **Personalien Lernende/Lernender** | Name/Vorname  Geburtsdatum  Schulort/Klasse |
| **Diagnose** |  |
| **Auswirkungen auf den Schulalltag/ Bildungsprozesse** |  |
| **Nachteilsausgleich (Anpassungen bei gleichbleibenden Lernzielen)** |  |
| **Prozedere (Persönliche**  **Assistenz)** |  |
| **Ergänzende Anmerkungen** |  |
| **Unterschrift aller Beteiligten** | Lernende/Lernender  Gesetzliche Vertretung  Klassenlehrperson  Heilpädagogin/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](mailto:alexandra.schubert@ar.ch)