



Grundschule Marquartstein

Burgstraße 9
83250 Marquartstein
Tel. 086418260
Fax: 08641 / 695216
e-mail: info@grundschule-marquartstein.de

Hiermit beantrage ich für meinen Sohn / meine Tochter

_____,
Name des Schülers/der Schülerin

geboren am _____ ,
Geburtsdatum

wohnhaft _____ ,
Straße, Ort

- ☐ Nachteilsausgleich
- ☐ Notenschutz (wird im Zeugnis vermerkt)

im Rahmen einer Lese-Rechtschreib-Störung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Ich bin darüber informiert, dass hierfür eine schulpsychologische Stellungnahme erforderlich ist.
- ☐ Ich habe bereits Kontakt mit der Schulpsychologin / Beratungslehrerin

_____ aufgenommen.
Name Schulpsychologin/Beratungslehrerin

- ☐ Es liegt ein fachärztliches Gutachten von _____ vor.

Marquartstein, _____

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)