|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname (Eltern) |  |  |
|  |  |  |
| Name, Vorname (Schüler), Klasse |  |  |
|  |  |  |
| Straße |  |  |
|  |  |  |
| PLZ, Ort |  | Datum |

**An**

**Schulname**

**Schulstraße**

**PLZ Schulort**

**Verzicht auf Nachteilsausgleich bei Legasthenie**

Sehr geehrte Schulleitung,

hiermit setzen wir Sie in Kenntnis, dass der Nachteilsausgleich für Legasthenie bei unserer Tochter / unserem Sohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Klasse 8 \_\_\_\_

ab dem kommenden Schuljahr 20XX/20XX

❑ ***nicht mehr*** in Anspruch genommen wird.

❑ ***weiterhin*** in Anspruch genommen wird.

Wir sind uns bewusst, dass diese Entscheidung nicht mehr rückgängig gemacht werden kann und für die kommenden zwei Schuljahre (9. und 10. Jahrgangsstufe) Gültigkeit besitzt.

Mit freundlichen Grüßen