## Deutsches Sprachdiplom (DSD) der Kultusministerkonferenz Antrag auf Genehmigung eines Nachteilsausgleichs

Hiermit wird für

……………………………………………………………………………………………………………………..

Name(n), Vorname(n) (Schreibweise bitte wie in amtlichen Dokumenten

geboren am (TT.MM.JJJJ): ………………………………...................................................

in (Geburtsort): ……………………………………………………………………………

Gruppennummer (3-stellig): ……………………………………………………………..

für die Prüfung: DSD I im Schuljahr: 2019/20 zum Termin: 2020/T01

an der Schule ……………………………………………………………………………….

(Name der Schule, Schulort, Land)

Schulkennziffer :……………………………………

die Genehmigung eines Nachteilsausgleichs beantragt.

Der Antrag begründet sich darin, dass der Prüfling….

(Hinweis: Bitte kurz erläutern, warum die/der Kandidat/in einen Nachteilsausgleich erhalten soll.)

Für den Prüfling wird folgender Nachteilsausgleich beantragt:

(Hinweis: Bitte Empfehlungen für unterstützende Maßnahmen in den einzelnen Prüfungsteilen HV/LV/SK/MK angeben.)

* Ein Nachweis (z. B. ärztliches Attest/psychologisches Gutachten o. Ä.) liegt als Scan bei.
* Die Übersetzung des Nachweises (dt. oder engl.) liegt bei.

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

............................................................................................................... ........................................................................................... .......................................................................................................................................................................................

Ort Datum zuständige Prüfungsbeauftragte bzw. zuständiger Prüfungsbeauftragter

(Unterschrift kann aufgrund elektronischer Übermittlung entfallen.)