



# Herzog-Heinrich-Mittelschule

Schulstraße 6, 84494 Neumarkt-Sankt Veit, Tel. 08639 8611, Fax: 08639 8694, E-Mail: info@mittelschule-nsv.de

## Antrag zur Anerkennung einer Lese-Rechtschreibstörung

Antrag (bitte ausfüllen)

Hiermit beantrage ich/wir, dass die

Lesestörung

Rechtschreibstörung

Lese-/Rechtschreibstörung

meines/unseres Kindes \_\_\_\_\_, Klasse \_\_\_\_\_  
in der Schule berücksichtigt wird (Gemäß BayEUG Art. 52, Abs. 5, Satz 2, BayScho § 32-34).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Weitergabe Kontaktdaten (bitte ausfüllen)

Ich/Wir stimme/n weiterhin zu, dass folgende Daten dem/r zuständigen Schulpsychologen/-psychologin weitergegeben werden können:

Kontaktadresse der/des Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum Kind: \_\_\_\_\_ Klassenleiter/in: \_\_\_\_\_

Folgende Unterlagen (z. B. fachärztliches Gutachten) legen wir dem Antrag bei:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beratungsangebot (Bitte ausfüllen)

Ich/Wir möchte/n gerne allg. Information zu den Beratungsmöglichkeiten

Ich/Wir benötige/n keine weitere schulpsychologische Beratung

Ich/Wir nehme/n selbstständig Kontakt zum/r zuständigen Schulpsychologen/psychologin auf, falls ich/wir eine schulpsychologische Beratung wünsche/n.

Schweigepflichtsentbindung (Bitte ausfüllen)

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der/die zuständige Schulpsychologe/-psychologin Kontakt

mit Beratungsfachkräften und  Klassenlehrern, sowie  \_\_\_\_\_ aufnehmen kann  
und

ggf. diagnostische Testverfahren durchgeführt werden.

Die angeführten Partner sind damit von der Schweigepflicht entbunden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r