**Gesuch um Nachteilsausgleich**

**Abschlussjahr des Qualifikationsverfahrens: **

Das Gesuch ist spätestens mit der Anmeldung zur Abschlussprüfung einzureichen.

1. **Personalien lernende Person**

Name: **** Klasse ****

Vorname: **** Lehrbetrieb Adresse: ****

Strasse: **** Lehrbetrieb Kanton: ****

Wohnort **** E-Mail: ****

1. **Leistungsbeeinträchtigung**

[ ]  Legasthenie [ ]  Dyskalkulie

[ ]  AD(H)S [ ]  Andere ****

1. **Antrag auf Nachteilsausgleich** (gestützt auf aktuelles Gutachten)

**Betroffene Qualifikationsbereiche** (Betrieb / ÜK / Schule → Fächer):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beantragte Verlängerung der Prüfungszeit:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beantragte Hilfsmittel oder Massnahmen:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Beilagen**

[ ]  aktuelles Gutachten vom Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.(zwingend erforderlich)

[ ]  weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.(z. B. Journal Fördermassnahmen, Zeugnisse)

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift Lernende/r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift berufsbildungsverantwortliche Person: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Formular inkl. Beilagen senden an:

exam@wksbern.ch oder per Post an:

WKS KV Bildung, Prüfungsadministration Grundbildung, Effingerstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Wird durch regionale Prüfungsleitung ausgefüllt:

|  |  |
| --- | --- |
| **Bemerkungen:** | **Datum:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Entscheid:** | **Datum:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |