



# Antrag auf Nachteilsausgleich für die Abschlussprüfung im Schulsanitätsdienst

Name (Klasse): \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich folgenden Nachteilsausgleich gemäß der  
Prüfungsordnung für die Abschlussprüfung im Schulsanitätsdienst:

- Arbeitszeitverlängerung von 10 Minuten       mündliche Ersatzprüfung

**Begründung / Bemerkung:**

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

\_\_\_\_\_

Datum Antragstellung

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller

.....

**Entscheidung:**

Der Antrag auf Nachteilsausgleich wird

- genehmigt.       mit folgender Begründung abgelehnt:

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

\_\_\_\_\_

Datum Entscheidung

\_\_\_\_\_

Unterschrift GTA Leitung