



## Gesuch um Nachteilsausgleich

Während der Beruflichen Grundbildung oder für das Qualifikationsverfahren

---

**Gesuch für die Lehrzeit**

Gesuchstellung für:

**Berufsfachschule**

**Berufsmaturität**

**überbetriebliche Kurse (nur bei ÜK-Noten)**

**Lehrbetrieb (nur bei betrieblichen Noten)**

**oder**

**Gesuch für das Qualifikationsverfahren**

Gesuchstellung für:

**Teilprüfung im Jahr ...**

**Schlussprüfung im Jahr ...**

**BM Abschlussprüfung**

**1. Datum Antrag**

**2. Personalien lernende Person**

**Lehrvertragsnummer**

Name

Beruf

Vorname

Lehrbetrieb/Ort

Strasse

E-Mail

Wohnort

Tel. Privat

Lehre von - bis

**3. Gesetzliche Vertretung**

Name/Vorname

Telefon

E-Mail

**4. Leistungsbeeinträchtigung**

Legasthenie

Dyskalkulie

AD(H)S

ASS

andere

bitte Entsprechendes ankreuzen

**5. Zuständige Person (Berufsfachschule, Berufsmaturität oder überbetriebliche Kurse)**

**Berufsfachschule**

Verantwortliche Person

E-Mail

**Berufsmaturitätsschule** (nur bei Besuch BM)

Klassenlehrperson BM

E-Mail

**ÜK Organisation**

Ansprechperson (nur bei ÜK-Noten)

E-Mail

**6. Vorhandene Gutachten eines Facharztes oder einer spezialisierten Fachstelle**

Facharzt oder Fachstelle  
des Gutachtens

Zeitpunkt des Gutachtens

**7. Wo und wie zeigt sich der Nachteil in der Beruflichen Grundbildung (Lehrbetrieb/ük/Berufsfachschule)?**

.....

.....

.....

.....

**8. Mögliche Massnahmen (z.B. Hilfsmittel, Zeitzuschlag)**

.....

.....

.....

Für die Bearbeitung des Gesuches sowie die Einleitung der weiteren Schritte ist der Informationsaustausch unter den involvierten Stellen der Dienststelle notwendig. Mit den Unterschriften erteilen die unterzeichnenden Personen den mit dieser Aufgabe betrauten Verantwortlichen die Vollmacht, um die notwendigen Abklärungen zu tätigen. Die Verantwortlichen unterliegen dabei der Geheimhaltungspflicht und müssen über Tatsachen, die ihnen in der Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt werden, Stillschweigen bewahren.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Lernende/r

.....

Gesetzliche/r Vertreter/in

.....

Verantwortliche Person BFS

.....

Berufsbildner/in

.....

**Beilagen**

Aktuelles Gutachten des Facharztes/der Fachärztin resp. der spezialisierten Fachstelle

Senden Sie das vollständig ausgefüllte Gesuch mit allen notwendigen Beilagen im PDF-Format an: [berufsbildung@ow.ch](mailto:berufsbildung@ow.ch)