



Stadionstraße 46 · 93326 Abensberg  
Telefon 09443 9143-0  
Fax 09443 9143-30  
kontakt@rs-abensberg.de

An die Johann-Turmair-Realschule Abensberg  
z.Hd. Herrn Dr. Peter Spateneder  
Stadionstraße 46  
93326 Abensberg

## **Antrag auf Überprüfung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten**

Name Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_  
Name Schülerin/Schüler: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die schulpsychologische Überprüfung der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten meines Kindes, um gegebenenfalls einen Nachteilsausgleich oder Notenschutz beantragen zu können.

Es handelt sich dabei um (bitte ankreuzen)

- eine Erstüberprüfung
- eine Wiederholungsüberprüfung bei Schulwechsel (bitte den Bescheid der alten Schule beilegen)
- eine Wiederholungsüberprüfung bei Ablauf eines bereits gewährten Bescheides

Falls eine fachärztliche Bescheinigung vorliegt, ist sie ebenfalls diesem Antrag beizulegen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/ s Erziehungsberechtigte/ n