



**Industrie- und Handelskammer
Lippe zu Detmold
Berufliche Bildung
Leonardo-da-Vinci Weg 2
32760 Detmold**

Antrag auf Nachteilsausgleich

Zur Berücksichtigung besonderer Belange für Menschen mit Behinderung bei Zwischen- und Abschlussprüfungen

Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Email

Angaben zu Ihrer Prüfung

Ausbildungsberuf _____

Fachrichtung/Einsatzgebiet _____

Prüfungsart und Termin

Zwischenprüfung Abschlussprüfung Abschlussprüfung Teil 1 Abschlussprüfung Teil 2

Frühjahr Sommer Herbst Winter _____
Jahr



Angaben zur Behinderung / Einschränkung (bitte kurz beschreiben):

Körperliche Behinderung: _____

Seh- Behinderung: _____

Hör- Behinderung: _____

Psychische Behinderung: _____

Sonstige Behinderung: _____

Folgende Nachweise, Kopien bzw. Bescheinigungen fügen Sie dem Antrag bei:

Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises und / **oder**

Ärztlicher Nachweis über die Behinderung

und

eine aktuelle (**nicht älter als 6 Monate**) ärztliche Bescheinigung des behandelnden Facharztes / Psychologen / ärztl. Psychotherapeuten, mit den beantragten Maßnahmen für die **aktuell anstehende Prüfung**



Welche Maßnahmen beantragen Sie für die einzelnen Prüfungsteile/-fächer (schriftlich, mündlich, praktisch, ggf. mündl. Ergänzungsprüfung? (z.B. Zeitverlängerung, Hilfsmittel etc.)

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Prüfungsteil/-fach

Maßnahme

Ich versichere die Richtigkeit und Aktualität aller vorstehenden Angaben und eingereichten Anlagen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in