

## Gesuch um Nachteilsausgleich während der Lehre / Berufsmittelschule

Auszufüllen durch die lernende Person zusammen mit der gesetzlichen Vertretung bei Lehrbeginn oder unmittelbar nach Erkennung von Behinderungen, Lern- oder Leistungsschwierigkeiten. Die gesuchstellende Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass eine genauere Abklärung mit den Fachstellen/-ärzten, dem Lehrbetrieb und der Berufsfach- oder Berufsmittelschule stattfinden kann.

### Lernende/r

Adresse, PLZ / Ort

Telefon/Mobile

E-Mail

### Lehrberuf

Lehrbetrieb, Adresse Lehrbetrieb

Lehrvertragsnummer

Berufsbildner/in

Telefon/Mobile (Berufsbildner/in)

E-Mail (Berufsbildner/in)

### Gesetzliche/r Vertreter/in

Adresse, PLZ / Ort

Telefon/Mobile

E-Mail

### Berufs-/Berufsmittelschule

Klassenlehrperson

Telefon/Mobile (Klassenlehrp.)

E-Mail (Klassenlehrperson)

---

### Leistungsbeeinträchtigung

Legasthenie  
andere

Dyskalkulie

AD(H)S

### Vorhandene Gutachten von Fachstellen/-ärzten (nicht älter als zwei Jahre; zwingend beizulegen)

Gutachten von Fachstellen

ärztliche Bescheinigungen

andere

Bemerkungen:

---

Datum & Unterschrift der antragstellenden Person:

Datum & Unterschrift der gesetzlichen Vertretung:

---

**Einsenden an:** Dienststelle Mittelschul- und Berufsbildung; Ringkengässchen 18, 8200 Schaffhausen

**Kontakt:** Diego Nieblas, Abteilung Berufsbildung, Fachstelle Unterstützende Dienste, Telefon 052 632 72 76; Fax 052 632 77 79; E-Mail: diego.nieblas@ktsh.ch