|  |
| --- |
| **Konferenzbeschluss zum Nachteilsausgleich** Datum:       |
| **Schule:**       |
| **SchülerIn:**       | **Klasse:**       |
| **KlassenkonferenzteilnehmerInnen:**       |
| **Ausgangssituation/Diagnose:**       |
| **Maßnahmen des Nachteilsausgleich:**      |
| **Festgelegter Zeitraum des Nachteilsausgleich:**       |
| **Nächster Konferenztermin:**       |

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

Ort, Datum Unterschrift KlassenlehrerIn Unterschrift Schulleitung