|  |  |
| --- | --- |
| **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