VORNAME, NAME
ADRESSE
TELEFON
E-MAIL

Kantonsschule Zürich Nord
Beauftragte Nachteilsausgleich
Kantonschule Zürich Nord

Postfach

8090 Zürich

ORT UND DATUM

**Gesuch um Gewährung eines Nachteilsausgleichs für VORNAME NAME, KLASSE**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir stellen für unsere Tochter / unseren Sohn (VOR- UND NACHNAME, GEBURTSDATUM) ein Gesuch um Gewährung eines Nachteilsausgleichs aufgrund der beiliegenden Abklärungsberichte. Gemäss den Beilagen wurde folgende Diagnose gestellt: DIAGNOSE

Aufgrund des beiliegenden Abklärungsberichts beantragen wir folgende Massnahmen zum Ausgleich von Nachteilen:

* AUFLISTUNG DER MASSNAHMEN

Wir bitten Sie um die Überprüfung der Unterlagen.

Wir möchten mit Ihnen einen Termin vereinbaren, um die möglichen unterstützenden Massnahmen und die entsprechende Vereinbarung zu besprechen. Wir bitten Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Unterschrift
(der Eltern oder Erziehungsberechtigten)

**Beilagen**

* Abklärungsbericht einer anerkannten Fachstelle inkl. Empfehlungen für den Nachteilsausgleich