

1. Personalien lernende Person

Name	.....	Klasse	.....
Vorname	.....	Branche	.....
Strasse	.....	Lehrbetrieb	.....
Wohnort	.....	Ort	.....
Tel. privat	.....	Tel. Geschäft	.....

2. Leistungsbeeinträchtigung

<input type="checkbox"/> Legasthenie	<input type="checkbox"/> Dyskalkulie
<input type="checkbox"/> AD(H)S	<input type="checkbox"/> Andere
Gutachten vom	Fachperson

3. Antrag

Betroffene Fächer/Handlungskompetenzbereiche

.....
.....

Art der Nachteilsausgleiches (Hilfsmittel, Geräte)

.....
.....
.....

4. Beilagen

aktuelles Gutachten Andere:

	Datum	Unterschrift
Lernende/r
Klassenlehrperson
Berufsbildner/-in
gesetzliche Vertretung

*Das Formular ist mit den nötigen Beilagen und Unterschriften einzurichten an:
bsd. Bern, Postgasse 66, 3011 Bern.*