

1. Personalien lernende Person

Name Klasse

Vorname Branche

Strasse Lehrbetrieb

Wohnort Ort

Tel. privat Tel. Geschäft

2. Leistungsbeeinträchtigung

Legasthenie Dyskalkulie

AD(H)S Andere

Gutachten vom Fachperson

3. Antrag

Betroffene 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 **spätestens mit der Anmeldung zum QV** einzureichen an:

bsd. Bern, Postgasse 66, 3011 Bern.