



## Gesuch um Nachteilsausgleich

während der beruflichen Grundbildung oder für das Qualifikationsverfahren

### ☐ Gesuch für die Lehrzeit

Gesuchstellung für:

☐ Berufsfachschule

☐ lehrbegleitende Berufsmaturität

☐ überbetriebliche Kurse (nur bei ÜK-Noten)

☐ Lehrbetrieb (nur bei betrieblichen Noten)

oder

### ☐ Gesuch für das Qualifikationsverfahren

Gesuchstellung für:

☐ Teilprüfung im Jahr

☐ Schlussprüfung im Jahr

☐ BM-Abschlussprüfung  
(lehrbegleitende Berufsmaturität)

#### 1. Datum Antrag:

#### 2. Personalien lernende Person

Lehrvertragsnummer:

Name:

Beruf:

Vorname:

Lehrbetrieb/Ort:

Strasse:

E-Mail:

Wohnort:

Tel. Privat:

Lehre von-bis:

#### 3. Gesetzliche Vertretung

Name/Vorname:

Telefon:

E-Mail:

#### 4. Leistungsbeeinträchtigung

☐ LRS

☐ Dyskalkulie

☐ AD(H)S

☐ ASS

☐ andere:

☒ bitte Entsprechendes ankreuzen

**5. Zuständige Person (Berufsfachschule, lehrbegleitende Berufsmaturität oder überbetriebliche Kurse)****Berufsfachschule:**

Verantwortliche Person BFS:

E-Mail:

**Berufsmaturitätsschule:** (nur bei Besuch BM)

Klassenlehrperson lehrbegleitende BM:

E-Mail:

**ÜK-Organisation:** (nur bei ÜK-Noten)

Ansprechperson ÜK:

E-Mail:

**6. Vorhandene Gutachten eines Facharztes/einer Fachärztin oder einer spezialisierten Fachstelle**

Facharzt oder Fachstelle des Gutachtens:

Zeitpunkt des Gutachtens:

**7. Wo und wie zeigt sich der Nachteil in der Beruflichen Grundbildung (Lehrbetrieb/ük/Berufsfachschule)?****8. Mögliche Massnahmen (z.B. Hilfsmittel, Zeitzuschlag)**

Falls der Platz in den Feldern 7 und 8 nicht ausreicht, kann ein Zusatzblatt verwendet werden.

☐ Zusatzblatt verwendet

Für die Bearbeitung des Gesuches sowie die Einleitung der weiteren Schritte ist der Informationsaustausch unter den involvierten Stellen des Amtes notwendig. Mit den Unterschriften erteilen die unterzeichnenden Personen den mit dieser Aufgabe betrauten Verantwortlichen die Vollmacht, um die notwendigen Abklärungen zu tätigen. Die Verantwortlichen unterliegen dabei der Geheimhaltungspflicht und müssen über Tatsachen, die ihnen in der Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt werden, Stillschweigen bewahren.

|                             | Datum:               | Unterschrift: |
|-----------------------------|----------------------|---------------|
| Lernende/r:                 | <input type="text"/> | _____         |
| Gesetzliche/r Vertreter/in: | <input type="text"/> | _____         |
| Verantwortliche Person BFS: | <input type="text"/> | _____         |
| Berufsbildner/in:           | <input type="text"/> | _____         |

Beilagen:

☐ Aktuelles Gutachten des Facharztes/der Fachärztin resp. der spezialisierten Fachstelle

Senden Sie das vollständig ausgefüllte Gesuch mit allen notwendigen Beilagen im PDF-Format an: [qv.afb@zg.ch](mailto:qv.afb@zg.ch)  
Bitte senden Sie vertrauliche Unterlagen nur verschlüsselt.