



Dr.-Wintrich-Schule, Staatl. Realschule Ebersberg  
Dr.-Wintrich-Str. 64, 85560 Ebersberg

---

Datum:

An den Schulleiter der  
Staatlichen Realschule Ebersberg  
Dr.-Wintrich-Straße 64  
85560 Ebersberg

**Verzicht auf Nachteilsausgleich und evtl. Notenschutz  
für die Schülerin/den Schüler \_\_\_\_\_**

**Klasse:** \_\_\_\_\_

Gemäß § 36 Abs. 4 BaySchO können Erziehungsberechtigte oder volljährige Schülerinnen und Schüler schriftlich beantragen, dass ein bewilligter Nachteilsausgleich oder Notenschutz nicht mehr gewährt wird. **Ein Verzicht auf Nachteilsausgleich ist jederzeit möglich. Ein Verzicht auf Notenschutz ist jedoch spätestens innerhalb der ersten Woche nach Unterrichtsbeginn zu erklären.**

**Bitte Gewünschtes ankreuzen!**

**1. Verzicht auf Nachteilsausgleich:**

(Jederzeit möglich, gültig ab dem Zeitpunkt der Verzichtserklärung)

Hiermit erklären wir den Verzicht auf den **Nachteilsausgleich ab dem** \_\_\_\_\_.

**2. Verzicht auf Notenschutz:**

(Spätestens innerhalb der ersten Woche nach Schulbeginn möglich.)

Hiermit erklären wir den Verzicht auf **Notenschutz ab dem Schuljahr** \_\_\_\_\_.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten\*

\* Falls nur ein Erziehungsberechtigter unterschreibt, setzt die Schule das Einvernehmen des anderen Erziehungsberechtigten voraus.

bitte wenden!

**Bitte gut lesbar ausfüllen!**

Name des Kindes:	Geburtsdatum:	
Name des/ der Erziehungsberechtigten:		
Straße:	PLZ / Ort:	
Telefonnummer:	Handy:	
E-Mailadresse:		
Schule:	Klasse:	Schuljahr:
Klassenleiter:	ggf. Wahlpflichtfächergruppe:	