

**Widerruf eines Nachteilsausgleichs und/oder Notenschutzes aufgrund einer Lese- und Rechtschreibstörung / isolierten Rechtschreibstörung / isolierten Lesestörung**

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Anschrift		Telefon
_____	_____	
Klasse	Klassenleitung	

- Hiermit widerrufe(n) ich (wir) den Antrag auf Notenschutz aufgrund einer Lese- und Rechtschreibstörung/isolierten Rechtschreibstörung/isolierten Lesestörung

Der Widerruf muss innerhalb der **ersten** Schulwochen nach Unterrichtsbeginn erklärt werden.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Erziehungsberechtigte	Schüler/-in