**Absender oder Absenderin**
Adresse
Telefonnummer
E-Mail-Adresse
 Kantonsschule Zürich Nord
 Beauftrage Nachteilsausgleich
 Birchstrasse 107
 8050 Zürich

Ort und Datum

**Gesuch um Gewährung eines Nachteilsausgleichs für XXX (Vor- und Nachname der Schülerin oder des Schülers)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir stellen für unsere Tochter / unseren Sohn XXX (Vor- und Nachname, Geburtsdatum) ein Gesuch um Gewährung eines Nachteilsausgleichs aufgrund der beiliegenden Abklärungsberichte. Gemäss den Beilagen wurde folgende Diagnose gestellt: XXX (Fachbegriff der Diagnose resp. der Beeinträchtigung).

An der Primar-/Sekundarschule wurden für unsere Tochter / unseren Sohn bereits folgende Massnahmen zur Unterstützung vereinbart:

* AUFLISTUNG DER MASSNAHMEN

Unsere Tochter / unser Sohn besucht die Therapie bei XXX (Name und Adresse der Fachstelle).

Bereits bei Aufnahmeprüfung wurden unserer Tochter / unserem Sohn Nachteilsausgleichsmassnahmen zugesprochen.

Wir bitten Sie um die Überprüfung der Unterlagen.

Wir möchten mit Ihnen einen Termin vereinbaren, um die möglichen unterstützenden Massnahmen und die entsprechende Vereinbarung zu besprechen. Wir bitten Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Unterschrift
(der Eltern oder Erziehungsberechtigten)

**Beilagen**

* Abklärungsbericht der anerkannten Fachstelle
* Empfehlung dieser Fachstelle für Nachteilsausgleichsmassnahmen