

## ANTRAG NACHTEILSAUSGLEICH

### Personalien Studierende:r

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Tel. privat / Tel. mobile: \_\_\_\_\_  
Antrag für/ab Semester: \_\_\_\_\_

### Leistungsbeeinträchtigung

Legasthenie                       ADHS  
 Dyskalkulie                       Andere: \_\_\_\_\_

Gutachten vom: \_\_\_\_\_ Fachperson: \_\_\_\_\_

### Antrag

Betroffene Prüfungen (schriftliche, mündliche, praktische Prüfungen):

Umfang (Verlängerung der Prüfungszeit):

Hilfsmittel/Form:

### Beilagen

- aktuelles Gutachten
- Beschreibung der Behinderung und Beeinträchtigung, inkl. Empfehlung für Nachteilsausgleichmassnahmen
- Andere: \_\_\_\_\_

- Ich habe das Reglement Nachteilsausgleich SHL gelesen und verstanden.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_