

**1 Personalien Studierende/r**

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

**2 Leistungsbeeinträchtigung**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Legasthenie | <input type="checkbox"/> ADHS          |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkulie | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

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

**3 Antrag**

Betroffene Prüfungen: (schriftliche, mündliche, praktische Prüfungen)	
Umfang: Verlängerung der Prüfungszeit	
Hilfsmittel/Form:	

#### 4 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: \_\_\_\_\_