



# Antrag auf Nachteilsausgleich

zur Berücksichtigung besonderer Belange  
behinderter Menschen  
bei Zwischen-, Abschluss- und Fortbildungsprüfungen

**Bitte beachten Sie! Sie müssen den Antrag spätestens mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung einreichen. Wir können nur vollständige Antragsunterlagen bearbeiten.**

## Angaben zu Ihnen

Frau  Herr

Bitte senden Sie diesen Antrag  
an den/die für Ihre Prüfung zu-  
ständige/n Prüfungssachbearbeiter/in  
bei der IHK Südlicher Oberrhein

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber/mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Angaben zu Ihrer Prüfung

Ausbildungsberuf /  
Fortbildungsprüfung \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Qualifikations-Schwerpunkt \_\_\_\_\_

## Art und Termin

Zwischenprüfung    Abschlussprüfung    AP 1    AP 2    Fortbildungsprüfung

Frühjahr    Sommer    Herbst    Winter    1. Halbjahr    2. Halbjahr   Jahr \_\_\_\_\_

Angaben zur Behinderung / Einschränkung (bitte kurz beschreiben):

Körperliche Behinderung: \_\_\_\_\_

Seh-Behinderung: \_\_\_\_\_

Hör-Behinderung: \_\_\_\_\_

Psychische Behinderung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Welche Nachweise, Kopien und Bescheinigungen legen Sie zu dem Antrag auf Nachteilsausgleich?  
Bitte ankreuzen!

eine Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises  
oder

eine ärztliche Bescheinigung über die Behinderung  
**und**

eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Facharztes/Psychologen/ärztlichen Psychotherapeuten,  
mit den beantragten Maßnahmen für die **aktuell anstehende Prüfung**.

**und** mindestens eine Stellungnahme (es sind auch mehrere möglich) von:

dem Ausbildungsbetrieb oder dem Bildungsträger

der Berufsschule

dieser Stelle \_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen beantragen Sie für die einzelnen Prüfungsteile/-fächer (schriftlich, mündlich, praktisch,  
ggf. mündliche Ergänzungsprüfung)?  
(z.B. Zeitverlängerung, Hilfsmittel, Vertrauensperson)

\_\_\_\_\_  
Prüfungsteil /-fach

\_\_\_\_\_  
Maßnahme

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie: Alle Angaben im Antrag und in den Anlagen sind richtig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragstellers/-in