

Departement Bildung und Kultur
Fachstelle Berufsbildung
Gerichtshausstrasse 25
8750 Glarus

A) Anmeldung Lernende/r mit Behinderungen

Auszufüllen bei Lehrbeginn oder bei Erkennung von Behinderungen, Lern- und Leistungsschwierigkeiten in Hinblick auf die Gewährung eines Nachteilsausgleich für das Qualifikationsverfahren

* **Diese Punkte müssen zwingend ausgefüllt werden**

* **1. Personalien lernende Person**

Lehrvertragsnummer: _____

Name: _____

Beruf: _____

Vorname: _____

Lehrbetrieb: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Wohnort: _____

Tel. Geschäft: _____

Tel: _____

Lehre von bis: _____

* **2. Behinderung** (bitte ankreuzen)

Legasthenie

Dyskalkulie

AD(H)S

andere: _____

Zuständige Person von

Berufsfachschule

Lehrbetrieb

üK

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

* **3. Vorhandene Dokumente** (aktuelle Gutachten von Fachpersonen wie Ärzte, Psychiater etc.)

4. Vorgesehene Fördermassnahmen (Therapien etc.)

Betroffene Lernorte:

Berufsfachschule

Lehrbetrieb

üK

* **5. Beantragter Nachteilsausgleich im Zusammenhang mit Erfahrungsnoten** (Hilfsmittel, Zeit)

Betroffene Lernorte:

Berufsfachschule

Lehrbetrieb

üK

Datum:

Unterschrift:

Lernende/r: _____

Gesetzliche/r Vertreter/in: _____

Zuständige Person (siehe Punkt 2): _____

Lehrbetrieb: _____