

**Absender oder Absenderin:**

Strasse:

PLZ und Ort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Kantonsschule Solothurn  
Frau Julia Liechi  
Beauftragte Nachteilsausgleiche  
Herrenweg 18  
4502 Solothurn

Ort und Datum

**Gesuch um Gewährung eines Nachteilsausgleichs für**

Name und Vorname:

Geboren:

Aktuelle Schulstufe:

Gestellte **Diagnose**(n) gemäss ärztlichem Gutachten (Fachbegriff(e) der Diagnose(n) resp. der Beeinträchtigung(en)):

Frühere oder aktuelle gewährte **Nachteilsausgleichsmassnahmen**:

Früher oder aktuell besuchte **Therapie** bei:

Bemerkungen:

Besten Dank und freundliche Grüsse!

Unterschrift (der Eltern oder Erziehungsberechtigten)

**Beilagen (mehrfach ankreuzen möglich)**

Abklärungsbericht der anerkannten Fachstelle

Empfehlung dieser Fachstelle für Nachteilsausgleichsmassnahmen

Frühere Nachteilsausgleiche

Aktuell gültige Nachteilsausgleiche