

ESA



Leif Eriksson
Gemeinschaftsschule
NEULAND ENTDECKEN

Name, Vorname

Leif-Eriksson-Gemeinschaftsschule
Vaasastr. 43
24109 Kiel

Antrag auf Nachteilsausgleich für die externen ESA – Prüfungen _____

Antragsteller/In:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Institution: _____

Fach/Fächer _____

Grund: _____

Ein Nachweis (z.B.: LRS-Bescheinigung...) liegt vor.

Ort, Datum

Unterschrift