



Antrag auf Nachschreiben einer Klassenarbeit/Klausur:

am: _____
Datum lt. schulinternen Nachschreibebplan

Schülerinnen/Schüler/Auszubildende

Name: _____ Vorname: _____ Klasse: _____

Fach/Lernfeld: _____ Lehrkraft: _____

Thema der KA/KL: _____

Begründung: _____

Datum _____

Unterschrift Schülerin/Schüler/Auszubildende/r _____

Anmelden zum Nachschreibetermin:

Lehrkraft

PC-Raum: ja nein Dauer der KA/KL: _____ Anzahl Blätter _____
min. 45 Min.

Erlaubte Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich vorhanden
	falls vorhanden, Art angeben:

Datum _____

Unterschrift Lehrkraft _____

Nachschreiben:

Schülerinnen/Schüler/Auszubildende

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mich gesundheitlich in der Lage fühle, die Klassenarbeit/Klausur/die UB (u. a. Test) nachzuschreiben!

Datum _____

Unterschrift Schülerin/Schüler/Auszubildende/r _____

Aufsicht

Ausgabe der KA/KL: _____ Uhr

Besondere Vorkommnisse:

Rückgabe der KA/KL: _____ Uhr

Anzahl zusätzlicher Blätter: _____

Unterschrift aufsichtsführende Lehrkraft _____

SoSoA nicht erschienen