

Name des Studierenden
Anschrift
PLZ ORT

Matrikelnummer (sofern vorhanden)

Berufsakademie Rhein-Main GmbH
University of Cooperative Education
z. Hd. Frau Sabine Burbach
Am Schwimmbad 3
63322 Rödermark

TT.MM.JJJJ

Antrag Nachteilsausgleich

Sehr geehrte Frau Burbach

um ordnungsgemäß studieren zu können, muss ich in diesem Semester/Trimester folgende Prüfungen bzw. Studienleistungen ablegen (genaue Beschreibung erforderlich):

Aufgrund meiner chronischen Erkrankung/Behinderung bin ich nicht in der Lage, die Prüfungen in der vorgeschriebenen Form abzulegen und zwar wegen folgender Einschränkungen (genaue Beschreibung der Einschränkungen):

Ich beantrage daher folgenden Nachteilsausgleich in Form von:

(Genaue Beschreibung)

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage(n)