

Ansøgning om særlige eksamensvilkår ved funktionsnedsættelse

Navn: _____ Klasse: _____

Cpr.nr.: _____ Skoleår: _____

Skriftlige prøver (årsprøve, terminsprøve, eksamen)

Forlænget tid ved alle skriftlige eksaminer/prøver. Sæt kryds: Ja ____ Nej: ____

Hvis nej, hvilke fag søger du om forlænget tid til:

Fag: _____ Fag: _____

Fag: _____ Fag: _____

Mundtlige prøver (årsprøve, eksamen)

Forlænget tid ved alle mundtlige eksaminer/prøver. Sæt kryds: Ja ____ Nej: ____

Hvis nej, hvilke fag søger du om forlænget tid til:

Fag: _____ Fag: _____

Fag: _____ Fag: _____

Fag: _____ Fag: _____

Årsag: _____

Dokumentation fra læge skal vedlægges

Særlige forhold, der ansøges om:

Elevens underskrift:

Dato: _____ Underskrift: _____

Godkendelse:

Dato: _____ Underskrift: _____

Afleveres på kontoret senest den 1/11-21