

Fragebogen zur individuellen Anpassung von Testbedingungen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **nur** dann aus, wenn nach Ihrer Ansicht aufgrund einer Behinderung oder einer längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigung ein Einzel- bzw. Kleingruppentest nötig ist, welcher z. B. eine Zeitverlängerung bei den Testaufgaben notwendig macht. Dieser muss zur Organisation mit der Geschäftsstelle Leipzig gesondert abgesprochen werden.

Alle Angaben sind freiwillig. Mit Ihren Antworten helfen Sie uns, auch für Sie faire Testbedingungen herzustellen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Verwaltung / Firma:

Angestrebte Ausbildung o. ä.:

Grad der Behinderung:

Art der Behinderung bzw. längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigung*:

(*freiwillige Angabe)

Worauf soll beim Einzel- bzw. Kleingruppentest geachtet werden (z. B. zusätzliche Pausen, größeres Schriftbild, Hilfsmittel,)?

Welche Hilfsmittel nutzen Sie derzeit?

Für evtl. Rückfragen bitten wir um folgende Angaben:

Telefon-Nummer (Festnetz und mobil)

E-Mail:
