

**Dokumentation der Beratungsgespräche im Rahmen eines Antrags auf Nachteilsausgleich
für sportpraktische Leistungen an der Universität Paderborn**

Name und Matrikelnummer Antragsteller*in: _____

Beratungsgespräch bei der Ansprechperson für Nachteilsausgleich im Department Sport & Ge- sundheit Name _____	Datum:	Unterschrift:
Optional: Beratungsgespräch bei der Ansprechperson für Studierende mit Beeinträchtigung, chronischer Er- krankung und Behinderung der Universität Pader- born Name _____	Datum:	Unterschrift: