

Attest zum Nachweis einer Behinderung

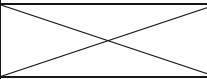
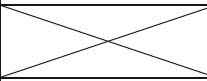
Name des Arztes / der Ärztin / des medizinischen Fachpersonals (Logopäde, etc.)

Name und Adresse der Institution / ärztlichen Praxis, die das Attest ausstellt

Name der Prüfungsteilnehmerin/des Prüfungsteilnehmers

Art der Behinderung

Empfehlung für die Durchführung des TestDaF:

Prüfungsteil	Ausdehnung der Bearbeitungszeit um... (bitte eintragen)	Erhöhte Lautstärke (bitte ankreuzen)	Testmaterialien in Großdruck (bitte ankreuzen)	Befreiung von dem Prüfungsteil (bitte ankreuzen)
Leseverstehen	%		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Hörverstehen	%	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Schriftlicher Ausdruck	%		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Mündlicher Ausdruck	%	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Empfehlungen und Anmerkungen: _____

Ausstellungsdatum, Stempel der Institution bzw. Praxis

Unterschrift der attestierenden Person

Certification to prove physical disabilities or learning difficulties

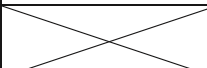
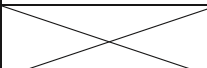
Name of the doctor/medical expert (speech therapist, etc.)

Name and address of the institution/doctor's practice which issued the certificate

Name of the exam candidat

Type of disability

Recommendation for the administration of the TestDaF:

Exam section	Extension of the allocated time to a task (please enter)	Raised volume (please tick)	Test material in large print (please tick)	Exemption from the exam section (please tick)
Reading comprehension	%		☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Listening comprehension	%	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Written production	%		☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Oral production	%	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Other recommendations and comments:

Date of issue, stamp of the instituton/practice

Signature of the responsible person for certification