

Name/Anschrift der Schule:							
Schulnummer:						Telefonnummer:	

Antrag auf Vertretungsunterricht

Art der beantragten Personalmaßnahme:

(Bitte zutreffendes ankreuzen!)

<input type="checkbox"/>	regelmäßige Mehrarbeit / nebenamtlicher Unterricht
<input type="checkbox"/>	Beschäftigung / Aufstockung einer unbefristet beschäftigten Lehrkraft
<input type="checkbox"/>	Einstellung / Aufstockung einer befristet beschäftigten Lehrkraft
<input type="checkbox"/>	Beschäftigung von Lehrkräften im Ruhestand

Grund des Unterrichtsausfalls:

(Bitte zutreffendes ankreuzen!)

<input type="checkbox"/>	Mutterschutz / Elternzeit
<input type="checkbox"/>	Krankheit (erkrankt seit: <input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	Wiedereingliederung nach Krankheit
<input type="checkbox"/>	Sonderurlaub / Rente auf Zeit
<input type="checkbox"/>	Hausunterricht (Name der Schülerin / des Schülers: <input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unterrichtl. Betreuung jugendl. Leistungssportler

Angaben zur Lehrkraft, die vertreten werden soll:

Name, Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Funktion: <input type="text"/>

Angaben zur Lehrkraft, die den Vertretungsunterricht übernehmen soll:

Name:	<input type="text"/>	evtl. Geburtsname:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geb.-Ort.:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	schwerbehindert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anschrift: (Str., Haus-Nr., PLZ, Ort): <input type="text"/>			
Festnetz:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Mobil :	<input type="text"/>		
Qualifikation: (bei Neueinstellung Belege beifügen)			
<input type="checkbox"/>	2. Staatsprüfung	Lehramt:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Lehramtsbezogene Hochschulausbildung (1. Staatsexamen / Master of Education)	Studienseminar:	<input type="text"/>
		Fachrichtung / Fach:	<input type="text"/>
		Ende Vorbereitungsdiens:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	abgeschlossene wissenschaftl. Hochschulbildung (z.B. Master, Magister) im Fach: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	abgeschlossene Hochschulbildung (z.B. Bachelor) im Fach: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	anderweitige bzw. ohne Ausbildung: <input type="text"/>		
	ausstellende Stelle (z.B. Uni, FH, IHK): <input type="text"/>		

Eingruppierung (Nur durch BR Köln auszufüllen):

Erfüller Nichterfüller

AZ

Entgeltgruppe:

(gem. Anlage zum TV EntgO-L)

Abschnitt: UA: Abs.: Ziffer: Satz:

Bereits als Lehrkraft im Schuldienst tätig gewesen?

ja nein

Falls ja, bitte angeben:

Zeitraum von bis einschließlich

Einsatzschule / Beschäftigungsbehörde:

Vertretungszeitraum:	frühestens ab <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Beschäftigungsumfang:	<input type="text"/>	Wochenstunden
Der Einsatz der Vertretungslehrkraft erfolgt <u>überwiegend</u> in: <input type="checkbox"/> Primarstufe <input type="checkbox"/> Sek I <input type="checkbox"/> Sek II für das Fach / die Fächer: <input type="text"/>		

Bei Neueinstellung: Bitte die „Erklärungen zur befristeten Einstellung, die Niederschrift über die förmliche Verpflichtung“ und Nachweise über die Qualifikation der Vertretungslehrkraft dem Antrag beifügen.

Hinweis: Vor Unterschrift unter den Arbeitsvertrag dürfen die Vertretungslehrkräfte die Arbeit nicht aufnehmen.

Die Vertretungsstelle wurde vom bis in Verena ausgeschrieben.

_____, _____
 (Ort) (Datum) (Unterschrift Schulleitung)

=====
Mit der beantragten Maßnahme erkläre ich mich einverstanden und versichere die Richtigkeit der Angaben.

_____, _____
 (Ort) (Datum) (Unterschrift Vertretungslehrkraft)

=====
Nur von der Bezirksregierung auszufüllen:

Dezernat 47. _____

Geprüft und genehmigt Köln, _____
 (Datum) (Unterschrift)

=====
Zustimmungen und Beteiligungen

Der Lehrerrat

bei Schulen mit **erweiterter** Dienstvorgesetzteneigenschaft (incl. fakultativer Aufgaben) stimmt der beantragten Maßnahme

zu nicht zu

 (Datum) (Unterschrift)

Die Ansprechpartnerin für Gleichstellungsfragen

bei Schulen mit **erweiterter** Dienstvorgesetzteneigenschaft (incl. fakultativer Aufgaben) stimmt der beantragten Maßnahme

zu nicht zu

 (Datum) (Unterschrift)

Die Schwerbehindertenvertretung

stimmt der beantragten Maßnahme zu nicht zu

 (Datum) (Unterschrift)

Der Personalrat

stimmt der beantragten

Maßnahme <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> nicht zu	Eingruppierung <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> nicht zu	Abordnung <input type="checkbox"/> zu <input type="checkbox"/> nicht zu
-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

 (Datum) (Unterschrift)