## Antrag auf Vertretungsunterricht

Name / Anschrift der Schule:				
Schulnummer:	Telef	on:		
Schulform:		Schule mit erweiterter vorgesetzteneigen	ju	
Grund des Unterrichtsau	sfalls: (Mehrfachnennung	g möglich)		
Erkrankte Lehrkraft				
Lehrkraft in Wiederei	ngliederung			
<u>Beschäftigungsverbot</u>	für eine Lehrkraft			
Lehrkraft im Mutterse	<u>chutz</u>			
<u>Lehrkraft in Elternzei</u>	_			
Lehrkraft in Sonderu				
·	chülers / der Schülerin:			
Ergänzende unterrich	tliche Betreuung jugendlic	<u>her Leistungssportler</u>		
Angaben zur Lehrkraft, die	e vertreten werden soll:			
Name:	Vorname:			
Geburtsdatum:	Funktion:			
Angaben zur Lehrkraft, die	e den Vertretungsunterrio	cht übernehmen soll:		
Name:	(	Gebname:		
Vorname:	Geburtsort:			
Geburts- datum:	Geschlecht:	Schwerbehindert:	Ja Nein	
Anschrift: (Str., Hausnummer, PLZ, Ort)				
Telefon:	E-Mail:			
Bereits als Lehrkraft im Sch	nuldienst tätig gewesen?	Ja	Nein	
Wenn Ja, bitte angeben.	Von:	Bis:		
Einsatzschule / Beschäftigu	ıngsbehörde:			
Vertretungszeitraum				
frühestens ab:	bis:	mit:	Wochenstunden	
Fineatz	für die Fächer:			

## Qualifikation des Bewerbers / der Bewerberin

(nur <u>abgeschlossene</u> Studien angeben. Bei Neueinstellung bitte Belege beifügen)

Zweite Staatsprüfung	Fachrichtung / Fäch	ner		
	Lehramt		Ende VD	
erste Staatsprüfung / Master of Education	Lehramt Fachrichtung / Fäc	her		
wissenschaftl. Hochschulabschlu	ıss (Master / Magiste	r etc.) im Fach		
Hochschulabschluss (Bachelor /	FH-Abschluss etc.)	im Fach		
anderweitige bzw. ohne Ausbildung				
Eingruppierung gem. Anlage zum	TV EntgO-L (nur	durch Bezirksregierun	g Köln auszufüllen)	
als Erfüller bester Nichterfü	ıller (lange Stufe)	Nichterfüller	hterfüller	
in die EG gemäß Abschnitt	Absatz Ziffer _	Satz mit	AZ 039	
besondere Hinweise: PZ ja PZ n	ein B ja E	3 nein		
			Datum / Unterschrift	
Von der Schulleitung auszufüllen				
Die Stelle wurde vom	bis	bis ausgeschrieben.		
erforderliche Nachweis nach § 20 Abstand / Unterschrift Schulleitung: Bei Schulen mit erweiterter Dienstvorgesetztene		tzgesetz vorgeleger	<u>n nat.</u>	
Datum / Unterschrift Lehrerrat				
Datum / Unterschrift Ansprechpartnerin	für Gleichstellungsfrag	gen		
Von dem Bewerber / der Bewerberin aus	zufüllen			
Ich befinde mich im Studium Ja	Nein.			
Wenn Ja, bitte die "Erklärung zum Besch Vertretungsunterricht" einreichen. Mit der beantragten Maßnahme erkläre Datum, Unterschrift Bewerber / Bewerb	ich mich einverstande		C	
Die Schwerbehindertenvertretung stim	ımt der beantragten M	<b>Iaßnahme</b>		
	zu nicht z		tum / Unterschrift SBV)	
<u>Der Lehrer-Personalrat</u> stimmt:		(Dai	um / Unterschiffit SDV)	
- der beantragten Maßnahme	zu nicht z	zu		
- der Eingruppierung	zu nicht z	zu		
-der Abordnung	zu nicht z	u (Dat	um / Unterschrift PR)	