

Name/Anschrift der Schule:							
Schulnummer:						Telefonnummer:	

Antrag auf Vertretungsunterricht

Art der beantragten Personalmaßnahme: (Bitte zutreffendes ankreuzen!)

<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 Hochschulbildung (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"/>		

Die Vertretungsstelle wurde vom bis in Verena ausgeschrieben.

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

Ich versichere, dass bei der Vertretungslehrkraft der Masernimpfstatus geprüft wurde und der erforderliche Nachweis nach § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz vorgelegen hat

_____, _____
(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)