Gespräch zur Teilabordnung von Lehrkräften und Personen anderer Berufsgruppen im Rahmen des Gemeinsamen Lernens

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name der teilabgeordneten Person: | |  |
| Schwerbehinderung: | | Ja / Nein GdB: |
| Stammschule: | |  |
| Abordnungsschule: | |  |
| Wochenstundenzahl der teilabgeordneten Person insgesamt: | | Wochenstunden:  Wochentage: |
| zu erteilende Wochenstundenzahl an der **Stammschule:** | | Wochenstunden:  Wochentage: |
| Vereinbarungen zu den Aufgabenfeldern an der **Stammschule**:  (z.B.: Konferenzarbeit, Pausenaufsicht, Vertretungsunterricht, Fachgruppenarbeit, Klassenfahrten, Fortbildungen, Elternsprechtage, außerunterrichtliche Veranstaltungen) | | |
| zu erteilende Wochenstundenzahl an der **Abordnungsschule:** | | Wochenstunden:  Wochentage: |
| Vereinbarungen zu den Aufgabenfeldern an der **Abordnungsschule:**  (z.B.: Konferenzarbeit, Pausenaufsicht, Vertretungsunterricht, Fachgruppenarbeit, Klassenfahrten, Fortbildungen, Elternsprechtage, außerunterrichtliche Veranstaltungen, gegenwärtige Anzahl der Lerngruppen, Klassenleitung) | | |
| Sonstige Vereinbarungen:  (z.B.: Unterstützungsmöglichkeiten bei der Einarbeitung, behinderungsbedingte Nachteilsausgleiche, Fahrzeiten, u.s.w.) | | |
| Zeitraum der Teilabordnung: | von bis | |
| Beteiligte Gesprächspartnerinnen / Gesprächspartner:   * Schulleitung Stammschule * Schulleitung (Abordnungsschule) * Vertretung des Lehrerrates/Personalrates\* * Schwerbehindertenvertretung\* * Ansprechpartnerin für Gleichstellungsfragen\* * Person des Vertrauens\* | | |
| Datum Unterschriften: Schulleitung 1 Schulleitung 2 teilabgeordnete Person | | |

\*Können auf Wunsch der Lehrkraft/ Person anderer Berufsgruppe hinzugezogen werden.