
(Schulstempel)

(Datum)

An das
Schulamt für den
Kreis Coesfeld

Fax.: 02541/18-4299

48651 Coesfeld

Anforderung einer Vertretungsreserve-Lehrkraft

Tel. Anforderung vorab am _____ an _____

Angaben zur Person der Lehrkraft, die vertreten werden soll:

Name, Vorname: _____

Klasse: _____

Fächer: _____

Vertretungsbedarf: _____ Wochenstunden

Vertretungszeitraum: vom _____ bis _____

Vertretungsgrund:

- Krankheit Attest liegt bei
 Fortbildung wird nachgereicht

Bemerkungen: _____

(Unterschrift der Schulleitung)