|  |
| --- |
|       |

***An das***

**Staatliche Schulamt Karlsruhe**

Ritterstraße 20

**76133 Karlsruhe**

**Dienstantritt** - Ende der Rekonvaleszenz

 geplant vom     bis

*Name, Vorname der Lehrkraft Dienstbezeichnung*

hat am            den Dienst mit Lehrerwochenstunden aufgenommen.

Damit ist die Wiedereingliederung abgeschlossen.

Reguläres Deputat der Lehrkraft: / Wochenstunden

*Ort, Datum gez. Schulleitung, Name, Funktion*

ggfs. Bemerkungen:

|  |
| --- |
|       |