**- Bitte nur die stark umrandeten Felder ausfüllen -**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Z** | **Personalnummer beim LBV** | | | | | | | | **Arbeitsgebiet** | **Aktenzeichen** |
|  |  | | | | | | | | **beim LBV** | **beim SSA** |
| **1** |  | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATENFELD** | |
| **2** | **Familienname** |
| **3** | **Vorname** |
| **4** | **Geburtsdatum** |
| **5** | **Amts- bzw. Dienstbezeichnung** |
| **6** | **Schule: Name, Schulart, PLZ, Schulort** |
| **7** | **Staatliches Schulamt** |
| **8** | **Regierungspräsidium**  Stuttgart |
| **9** | **Mutmaßlicher Tag der Entbindung** |
| **10** | **Beginn der Mutterschutzfrist** |
| **11** | **Gewerbeaufsichtsamt** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FELD 1** | | **LEHRERIN** | |
| **Auf dem Dienstweg**  **An das**  **Staatliche Schulamt**  Hiermit teile ich unter Anschluss eines ärztlichen Zeugnisses meine Schwangerschaft sowie den mutmaßlichen Tag der Entbindung mit.  Mit einer Information des Örtlichen Personalrats \*) über meine Schwangerschaft  bin ich einverstanden.  bin ich nicht einverstanden. | | | |
|  | Wohnort: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort; Tel.-Nr. mit Vorwahl | |  |
| **Für die Erstattung der Gebühr des ärztlichen Zeugnisses (Nur bei Vorlage des Originals)**  **04/20-2.9.807**  Name der Bank:  IBAN (22 Zeichen):  BIC (11 Zeichen):  Kontoinhaber\*in:    ...................................................... ..................................................................................  Datum Unterschrift  Anlage  1 ärztliches Zeugnis | | | |
| \*) Der Personalrat hat auch über die Einhaltung der mutterschutzrechtlichen Bestimmungen zu wachen. | | | |

|  |
| --- |
| ANZEIGE EINER SCHWANGERSCHAFT |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FELD 2** | | SCHULE | | |
| **Dem**  **Staatlichen Schulamt**  vorgelegt. | | | | |
|  | **Derzeitiger Lehrauftrag** | | |  |
|  | **WStd** | | **Fach** |  |
| ....................................................... ............................................................................  Datum Unterschrift  Anlage  1 ärztliches Zeugnis | | | | |
| **FELD 3** | | **STAATLICHES SCHULAMT** | | |
| 1.  Information ÖPR  2. ASD-BW  3. z. d. A. | | | | |
|  | | | | |