



## **Maßnahmenplan im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Abs. 2 SGB IX**

**Ich bin einverstanden mit der Weitergabe des Maßnahmenplans an:**

- Personalrat**
- Schwerbehindertenvertretung**
- Sonstige:**

Datum

Unterschrift der Lehrkraft