Załącznik nr 1 do uchwały nr XXXVIII/315/18

Rady Gminy Dywity z dnia 28 lutego 2018 r.

………………………………..

(pieczęć organu prowadzącego)

**Wójt Gminy Dywity**

**Wniosek o udzielenie dotacji dla szkoły / przedszkola na rok ……….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE ORGANU PROWADZĄCEGO** | | | | | | | |
| Nazwa: |  | | | | | | |
| Adres: |  | | | | | | |
| Numery telefonów: |  | | | | | | |
| Adres e-mail: |  | | | | | | |
| **DANE SZKOŁY / PRZEDSZKOLA\*** | | | | | | | |
| Nazwa: | |  | | | | | |
| Adres: | |  | | | | | |
| Numery telefonów: | |  | | | | | |
| Adres e-mail: | |  | | | | | |
| Typ i rodzaj szkoły / przedszkola: | |  | | | | | |
| Realizowanie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki  (dotyczy szkół niepublicznych) | | | | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Data i numer aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji | | |  | | | | |
| Data i numer wydania decyzji o nadaniu szkole uprawnień szkoły publicznej  (ostatnia aktualna decyzja) | | |  | | | | |
| **RACHUNEK BANKOWY SZKOŁY / PRZEDSZKOLA\*** | | | | | | | |
| Nazwa banku: | |  | | | | | |
| Numer rachunku: | |  | | | | | |

\* w tym oddziału przedszkolnego zorganizowanego przy szkole podstawowej / innej formy wychowania przedszkolnego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE O PLANOWANEJ LICZBIE UCZNIÓW** | | **W okresie**  **styczeń – sierpień** | **W okresie**  **wrzesień - grudzień** |
| **PRZEDSZKOLE / ODDZIAŁ PRZEDSZKOLNY zorganizowany przy szkole podstawowej / INNA FORMA WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO** | | | |
| Liczba uczniów ogółem: | |  |  |
| w tym ogół wychowanków niepełnosprawnych: | |  |  |
| * słabowidzący | |  |  |
| * słabosłyszący | |  |  |
| * z niepełnosprawnością ruchową,   w tym z afazją | |  |  |
| * niepełnosprawni intelektualnie   w stopniu lekkim | |  |  |
| * niepełnosprawni intelektualnie w stopniu umiarkowanym lub znacznym | |  |  |
| * z niepełnosprawnością sprzężoną | |  |  |
| * z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera | |  |  |
| * inna niepełnosprawność (wymienić jaka)………………………………… | |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju | |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi | |  |  |
| Liczba uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Dywity | |  |  |
| Liczba uczniów zamieszkałych poza Gminą Dywity | |  |  |
| **SZKOŁA PODSTAWOWA** | | | |
| Liczba uczniów ogółem: | |  |  |
| w tym ogół wychowanków niepełnosprawnych: | |  |  |
| * słabowidzący | |  |  |
| * słabosłyszący | |  |  |
| * z niepełnosprawnością ruchową,   w tym z afazją | |  |  |
| * niepełnosprawni intelektualnie   w stopniu lekkim | |  |  |
| * niepełnosprawni intelektualnie w stopniu umiarkowanym lub znacznym | |  |  |
| * z niepełnosprawnością sprzężoną | |  |  |
| * z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera | |  |  |
| * inna niepełnosprawność (wymienić jaka)………………………………… | |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju | |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie I | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie II | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie III | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie IV | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie V | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie VI | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie VII | |  |  |
| Liczba uczniów w klasie VIII | |  |  |
| Liczba uczniów objęta inną wagą (wymienić jaką ………………………………………) | |  |  |
| **DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ ORGAN PROWADZĄCY** | | | |
| Imię i nazwisko |  | | |
| Tytuł prawny / pełniona funkcja |  | | |
| Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.  …………………………….. ……………………………..  Miejscowość i data Czytelny podpis osoby reprezentującej  organ prowadzący | | | |