Załącznik nr 2 do uchwały nr XXXVIII/315/18

Rady Gminy Dywity z dnia 28 lutego 2018 r.

………………………………..

(pieczęć organu prowadzącego)

**Wójt Gminy Dywity**

**Informacja o aktualnej liczbie uczniów w miesiącu …….. roku …**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE SZKOŁY / PRZEDSZKOLA\*** | |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Numery telefonów: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Typ i rodzaj: |  |
| **RACHUNEK BANKOWY** | |
| Nazwa banku: |  |
| Numer rachunku: |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O AKTUALNEJ LICZBIE UCZNIÓW**  **według stanu na 1 dzień roboczy miesiąca** | | | | | **……………………….**  **(miesiąc, rok)** | | |
| **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 ………………………………………) | | | | |  | | |
| **INFORMACJA O UCZNIACH ZAMIESZKUJĄCYCH NA TERENIE INNYCH GMIN** | | | | | | | | | |
| Liczba uczniów, którzy nie są mieszkańcami Gminy Dywity: | | | | | |  | | | |
| L.p. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania  (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość) | | Gmina | | Data urodzenia  (dzień, miesiąc, rok) | Inne  (np. symbol wagi) | | |
| 1. |  |  | |  | |  |  | | |
| 2. |  |  | |  | |  |  | | |
| 3. |  |  | |  | |  |  | | |
| 4. |  |  | |  | |  |  | | |
| 5. |  |  | |  | |  |  | | |
| … |  |  | |  | |  |  | | |
| **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 | | | | | | | | |