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 |