………………………………………..

Pieczęć osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej

- prowadzącej dotowany podmiot

**Wójt Gminy Kobierzyce**

**Al. Placowa 1**

**55-040 Kobierzyce**

**INFORMACJA MIESIĘCZNA**

**o aktualnej liczbie uczniów (wg stanu na pierwszy dzień miesiąca)**

**miesiąc ……………………..….. rok ……………………**

Termin składania do 5 dnia każdego miesiąca.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dane przedszkola / innej formy wychowania przedszkolnego** | | |
|  | | Pełna nazwa placówki: | |
|  | | | |
|  | | Adres placówki: | |
|  | | | |
|  | **Dane osoby prowadzącej placówkę** | | |
|  | | Nazwa osoby prowadzącej: | |
|  | | | |
|  | | Adres osoby prowadzącej: | |
|  | | | |
|  | **Rachunek bankowy placówki właściwy do przekazania należnej dotacji:** | | |
|  | | | Posiadacz rachunku bankowego placówki (nazwa i adres zgodnie z umową zawartą z bankiem): |
|  | | | |
|  | | | Numer rachunku bankowego placówki: |
|  | | | |
|  | **Aktualna miesięczna liczba uczniów w:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktualna miesięczna liczba uczniów w:** | **Ogółem** | **w tym:**  **uczniowie niepełnosprawni\*** |
| Ogółem: |  |  |
| - w tym: ogólna liczba dzieci spoza Gminy Kobierzyce |  |  |
| ogółem liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju\*\* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Liczba uczniów z podziałem na poszczególne niepełnosprawności** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj niepełnosprawności\*\*\*/zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze | Ilość dzieci |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dane uczniów (wychowankach) uczęszczających do przedszkola niepublicznego, niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, zamieszkujących na terenie Gminy Kobierzyce** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko ucznia, będącego mieszkańcem Gminy Kobierzyce | Data urodzenia ucznia | Adres zamieszkania ucznia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dane uczniów (wychowankach) uczęszczających do przedszkola niepublicznego, niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, spoza terenu Gminy Kobierzyce.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko ucznia, niebędącego mieszkańcem Gminy Kobierzyce | Data urodzenia ucznia | Adres zamieszkania ucznia | Nazwa Gminy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dane o uczniach (wychowankach) uczęszczających do przedszkola niepublicznego, niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, spoza terenu Gminy Kobierzyce.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Liczba dzieci | Nazwa Gminy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

\*dotyczy uczniów posiadających orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub uczestników zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, posiadających orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o którym mowa w art. 127 ust. 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59) oraz w art. 312 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe.

\*\* dotyczy dzieci posiadających opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, o której mowa w art. 127 ust. 5 i 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59) oraz w art. 315 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe.

\*\*\*proszę podać zgodnie z orzeczeniem poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego:

* uczeń niesłyszący
* uczeń słabosłyszący
* uczeń niewidomy
* uczeń słabowidzących,
* uczeń z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim,
* uczeń z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
* uczeń z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
* uczeń z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
* uczeń z niepełnosprawnościami sprzężonymi)

…………………, dnia …………………

(miejscowość)

…..……………………………………………….

(pieczęć i czytelny podpis osoby właściwej do składania informacji miesięcznej)