

.....  
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.

#### 1. Dane przedszkola / innej formy wychowania przedszkolnego

a) Pełna nazwa placówki:

b) Adres placówki:

#### 2. Dane osoby prowadzącej placówkę

a) Nazwa osoby prowadzącej:

b) Adres osoby prowadzącej:

#### 3. Rachunek bankowy placówki właściwy do przekazania należnej dotacji:

a) Posiadacz rachunku bankowego placówki (nazwa i adres zgodnie z umową zawartą z bankiem):

b) Numer rachunku bankowego placówki:

#### 4. Aktualna miesięczna liczba uczniów w:

Aktualna miesięczna liczba uczniów w:	Ogółem	w tym: uczniowie niepełnosprawni*
<b>Ogółem:</b>		
- w tym: ogólna liczba dzieci spoza Gminy Kobierzyce		
<b>ogółem liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganie rozwoju**</b>		

**5. Liczba uczniów z podziałem na poszczególne niepełnosprawności**

Lp.	Rodzaj niepełnosprawności***/zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze	Ilość dzieci
1.		
2.		
3.		
4.		

**6. 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
1.			
2.			
3.			
4.			

**7. 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
1.				
2.				
3.				
4.				

**8. 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 wspomaganie 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 słabowidzący,
- 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)