Załącznik Nr 2 do uchwały Nr….

Rady Gminy Czarna

z dnia …

…………………………………… …………………………………

 (pieczęć organu prowadzącego) (miejscowość, data)

**Miesięczna informacja o aktualnej liczbie uczniów jednostki1**

**wg stanu na pierwszy dzień miesiąca ………………..………… r.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………**Nazwa i adres jednostki dotowanej**

1. **Liczba uczniów ogółem:** ………..…………

w tym:

1. liczba uczniów bez orzeczeń o niepełnosprawności: ……………………………………..
2. liczba uczniów klas I-III *(w przypadku szkoły podstawowej)*: ……………………………
3. liczba uczniów „małych szkół” *(w przypadku szkoły podstawowej):* …………………………………….
4. liczba uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności *(należy wskazać rodzaj niepełnosprawności z orzeczenia):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj niepełnosprawnościwg orzeczenia** | **Data urodzenia** | **Nr orzeczenia** | **Data wydania orzeczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 4) objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr opinii** | **Data wydania opinii** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 5) objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych** | **Data wydania orzeczenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

6) liczba uczniów lub wychowanków podmiotu oświatowego spełniających inną przesłankę – zwiększającą dotacje naliczaną wg subwencji oświatowej – określoną w rozporządzeniu MEN w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla podmiotów samorządu terytorialnego (podać rodzaj przesłanki i liczbę uczniów): …..……………………………..................................................................................................................

*(np. liczba uczniów niepełnosprawnych w oddziałach integracyjnych w szkołach, liczba uczniów należących do mniejszości narodowej lub etnicznej).*

7) Liczba uczniów objętych wychowaniem przedszkolnym (**bez uczniów posiadających orzeczenie
o potrzebie kształcenia specjalnego, objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju i zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi)**, zamieszkałych na terenie innych gmin:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko ucznia** | **Data urodzenia** | **Adres zamieszkania** | **Nazwa gminy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi………………………………………………………………………………………..……………

Numer Rachunku bankowego, na który ma zostać przelana dotacja:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***(UWAGA: proszę o umieszczenie informacji, jeśli dotychczasowy numer konta uległ zmianie)***

Imię i nazwisko osoby sporządzającej zestawienie: ………………………………………..………………………

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………...…………...

Imię i nazwisko osoby prowadzącej placówkę: ………………………………………………...…………………..

Numer telefonu: …………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………….

 (pieczątka i podpis osoby prowadzącej lub upoważnionej)

1Uwaga: Załącznik należy wypełnić i złożyć oddzielnie dla każdej jednostki wymienionej w § 1 uchwały.