Załącznik nr 2 do Uchwały nr XXXVII/438/2018 Rady Miejskiej Inowrocławia

z dnia 5 lutego 2018 r.

# WZÓR

Oznaczenie organu prowadzącego placówkę, jego adres lub siedziba

Inowrocław, dnia ...............

Prezydent

Miasta Inowrocławia

al. Ratuszowa 36

88 – 100 Inowrocław

# Informacja o faktycznej liczbie uczniów według stanu na 1 dzień roboczy

**miesiąca ……………….. roku …………...**

1. Wnoszę o udzielenie dotacji na miesiąc .................................. dla szkoły podstawowej, przedszkola, zespołu wychowania przedszkolnego, punktu przedszkolnego1), inne – wymienić

......................................................................................................................................................

(nazwa i adres placówki)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

prowadzonej przez .......................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

1. Faktyczna liczba uczniów ogółem2) osób;

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Data urodzenia | Adres zameldowania | Adres zamieszkania | Nazwa gminy |
| 1. |  |  |  |  |  |

w tym:

1. liczba uczniów niepełnosprawnych (z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, o których mowa w art. 127 ust. 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59, z późn. zm.):

|  |  |
| --- | --- |
| słabosłyszący |  |
| niesłyszący |  |
| słabowidzący |  |
| niewidzący |  |
| z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją |  |
| upośledzenia umysłowo w stopniu lekkim |  |
| upośledzenia umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |
| upośledzenia umysłowo w stopniu głębokim |  |
| z niepełnosprawnością sprzężoną |  |
| z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera |  |
| RAZEM |  |

1. uczestnicy zajęć rewalidacyjno-wychowawczych łącznie osób;
2. uczniowie zamieszkali poza Miastem Inowrocław łącznie - osób, w tym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa gminy | Liczba uczniów |
| 1. |  |  |

1. dzieci objęte wczesnym wspomaganiem rozwoju łącznie osób.
2. Dotację proszę przekazywać na rachunek bankowy placówki:

..................................................................................................................................................

(nazwa i adres placówki)

...................................................................................................................................................

(nazwa i adres banku)

...................................................................................................................................................

(numer rachunku bankowego)

………………………………………… ……………………………………………………..

Miejscowość/data

czytelny podpis oraz pieczęć imienna osoby reprezentującej organ prowadzący

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Należy podać alfabetycznie wszystkie dzieci uczęszczające do placówki (wg załączonego wzoru).