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

pieczęć szkoły Miejscowość i data

**INFORMACJA MIESIĘCZNA**

1. Informacja za miesiąc ........................................................................
2. Nazwa szkoły (placówki)....................................................................
3. Nazwa i numer rachunku bankowego szkoły niepublicznej/placówki niepublicznej, na który ma być przekazana dotacja:

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

1. Uczniowie na dzień 5 .............................................. .................rok

Liczba uczniów w:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Liczba uczniów |
| a) | szkole podstawowej specjalnej: |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |
|  | - w tym z niepełnosprawnością sprzężoną lub z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |
|  | - w tym z niepełnosprawnością sprzężoną lub z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) |  |
| b) | gimnazjum specjalnym: |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |
|  | - w tym z niepełnosprawnością sprzężoną lub z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |
|  | - w tym z niepełnosprawnością sprzężoną lub z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) |  |
| c) | szkole ponadgimnazjalnej: |  |
|  | w systemie dziennym ogółem |  |
|  | - w tym będących młodocianymi pracownikami |  |
|  | dla dorosłych w formie zaocznej ogółem |  |
|  | - w tym kształcących się w zawodzie technik administracji |  |
|  | - w tym kształcących się w zawodzie technik bhp |  |
|  | - w tym kształcących się w zawodzie ………….. |  |
|  | - w tym kształcących się w zawodzie ………….. |  |
|  | dla dorosłych w formie stacjonarnej ogółem |  |
|  | - w tym kształcących się w zawodzie………….. |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |
|  | - w tym z niepełnosprawnością sprzężoną lub z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |
|  | - w tym z niepełnosprawnością sprzężoną lub z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) |  |

1. Liczba uczniów klas I-III szkoły podstawowej specjalnej placówki

 na dzień 5………….. : ..…………

1. Liczba wychowanków placówki na dzień 5………….. : ..…………
2. Liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka

 na dzień 5……………: …………….

1. Wykaz opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:

|  |  |
| --- | --- |
| Numer opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka | Nazwa poradni psychologiczno-pedagogicznej, która wydała opinię |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

9. Liczba uczestników zajęć rewalidacyjno –wychowawczych na dzień 5 ..…….........:

W specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym …………………..

W poradni psychologiczno – pedagogicznej: .………………….

1. Kwota otrzymanej dotacji od początku roku: ............................................................... w tym w miesiącu poprzednim ( nie dotyczy stycznia);...............................................................

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

 sporządził przedstawiciel organu prowadzącego

 szkołę lub placówkę

TERMIN SKŁADANIA INFORMACJI: DO 10 DNIA KAŻDEGO MIESIĄCA