…………………………………………… …………………………………………….

Organ prowadzący placówkę Miejscowość, data

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE DOTACJI NA ROK KALENDARZOWY …………………….**

1. Nazwa i adres organu prowadzącego szkoły/placówki: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Nazwa i adres szkoły/ placówki niepublicznej: ……………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..
3. Numer telefonu …………………………… adres e-mail ……………………………..
4. Nr REGON …………………………………. Nr NIP …………………………………
5. Dane o osobie reprezentującej organ prowadzący (*imię i nazwisko, tytuł prawny: dyrektor szkoły, właściciel szkoły):*

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

1. Numer i data wpisu do ewidencji szkół i placówek niepublicznych prowadzonej przez Starostę Ostrowskiego:

…………………………………………………………………………………………..

1. Szkoła/placówka publiczna/niepubliczna,
2. Forma kształcenia szkoły niepublicznej: dzienna, stacjonarna, zaoczna,
3. System kształcenia: dla młodzieży/dla dorosłych,
4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego szkoły/placówki niepublicznej

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

1. Planowana liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Planowana liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju | Styczeń – sierpień  ……………… | Wrzesień – grudzień  ………………….. |
|  |  |  |

1. Planowana liczba uczniów w szkole, w której realizowany jest obowiązek szkolny lub obowiązek nauki:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Planowana liczba uczniów w roku ………………… | | | | | | |
| Szkoła ponadpodstawowa dla młodzieży: | | Liczba uczniów | | | W tym uczniowie z niepełnosprawnościami | |
| Zawód | od 1 stycznia  od 1 września | do 31 sierpnia  do 31 grudnia | od 1stycznia do 31sierpnia | od 1 września do 31 grudnia |
| - z tego: klasa …… |  | |  |  |  |  |
| - z tego: klasa …… |  | |  |  |  |  |
| …………………… |  | |  |  |  |  |
| RAZEM |  | |  |  |  |  |

Planowana liczba uczniów w szkole w podziale na poszczególne niepełnosprawności w okresie od stycznia do sierpnia .…….. roku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ogółem: | Liczba uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, o którym mowa w art. 127 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, wydanymi z uwagi na niepełnosprawność, w tym: | | | | | |
|  | niewidomi, słabowidzący, niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazją, | niesłyszący, słabosłyszący, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym, | z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) w oddziałach ogólnodostępnych według godzin wsparcia: | | | |
| do 2 godzin wsparcia | powyżej 2 godzin wsparcia do 5 godzin wsparcia | powyżej 5 godzin wsparcia do 10 godzin wsparcia | powyżej 10 godzin wsparcia |
| …………………… | …………………….. | …………… | ………………… | ………………….. | ………………. |

Planowana liczba uczniów w szkole w podziale na poszczególne niepełnosprawności w okresie od września do grudnia .…….. roku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ogółem: | Liczba uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, o którym mowa w art. 127 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, wydanymi z uwagi na niepełnosprawność, w tym: | | | | | |
|  | niewidomi, słabowidzący, niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazją, | niesłyszący, słabosłyszący, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym, | z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera) w oddziałach ogólnodostępnych według godzin wsparcia: | | | |
| do 2 godzin wsparcia | powyżej 2 godzin wsparcia do 5 godzin wsparcia | powyżej 5 godzin wsparcia do 10 godzin wsparcia | powyżej 10 godzin wsparcia |
| …………………… | …………………….. | …………… | ………………… | ………………….. | ………………. |

Osoba fizyczna lub prawna prowadząca szkołę zobowiązuje się do comiesięcznego składania informacji o aktualnej liczbie uczniów oraz przeznaczenia dotacji na pokrycie wydatków bieżących wynikających ze statutowej działalności szkoły/placówki niepublicznej.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz dokumentami potwierdzającymi niepełnosprawność, znajdującymi się w szkole/placówce niepublicznej.

……………………………………………

*Data, podpis i pieczęć osoby reprezentującej organ prowadzący*