*Załącznik Nr 2*

*do Uchwały Nr XXXIX/403/18*

*Rady Gminy Stare Babice*

*z dnia 28 marca 2018 r.*

……………………………………

(pieczęć wnioskodawcy)

**INFORMACJA MIESIĘCZNA**

**o aktualnej liczbie uczniów uczęszczających do przedszkola/oddziału przedszkolnego/innej**

**formy wychowania przedszkolnego\* w miesiącu …………………………………………**

1. Nazwa i numer rachunku bankowego placówki, na który przekazywana jest dotacja:
2. Liczba uczniów

**Ogółem, w tym:**

P w oddziale przedszkolnym

1. w oddziale przedszkolnym, w którym realizowany jest obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego

**Liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju** (z opiniąporadni psychologiczno-pedagogicznej o wczesnym wspomaganiu rozwoju)

1. Przyczyny zmiany liczby uczniów (w odniesieniu do informacji złożonej za poprzedni miesiąc)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Liczba uczniów** | **Nazwisko i imię ucznia** |
| 1 | Nowoprzyjęci |  |  |
| 2 | Rezygnujący |  |  |
| 3 | Skreśleni z listy |  |  |
| 4 | Zwiększenie liczby miejsc |  |  |

* 1. Inne przyczyny, (jakie)

1. Uczniowie objęci wczesnym wspomaganiem rozwoju

**Lp. Numer/data wydania opinii**

1

2

3

4

5

Strona 1

1. Liczba uczniów niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

|  |  |
| --- | --- |
| **rodzaj niepełnosprawności** | **Ilość uczniów** |
|  |  |
| z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, |  |
| niedostosowani społecznie, zagrożeni niedostosowaniem |  |
| społecznym, z chorobami przewlekłymi |  |
|  |  |
| niewidomi, słabo widzący, z niepełnosprawnością ruchową |  |
| (w tym z afazją), z zaburzeniami psychicznymi |  |
|  |  |
| niesłyszący, słabo słyszący, z upośledzeniem umysłowym |  |
| umiarkowanym lub znacznym |  |
|  |  |
| upośledzeni umysłowo w stopniu głębokim (z orzeczeniem |  |
| o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych) |  |
|  |  |
| z niepełnosprawnością sprzężoną, z autyzmem (w tym z |  |
| zespołem Aspergera) |  |
|  |  |

1. Przyczyny zmiany liczby uczniów niepełnosprawnych (w odniesieniu do informacji złożonej za poprzedni miesiąc)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **rodzaj niepełnosprawności** | **numer orzeczenia** | **data obowiązywania** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Dane osobowe i adresowe uczniów w przedszkolach w poszczególnych rocznikach wiekowych

Uczniowie zamieszkali na terenie gminy Stare Babice

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię ucznia** | **Miejsce zamieszkania ucznia** | **Data urodzenia** |
|  |  | **(miejscowość, ulica, nr domu)** | **ucznia** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

Id: 241B5265-0C59-44F9-8C32-F8DD670011EB Strona 2

Uczniowie zamieszkali poza terenem gminy Stare Babice

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię ucznia** | **Miejsce zamieszkania ucznia** | **Gmina** | **Data urodzenia** |
|  |  | **(miejscowość, ulica, nr domu** | **ucznia** |
|  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Poświadczam aktualność prawa przedszkola do otrzymywania dotacji i aktualność związanych z tym danych z przedłożonego w dniu ………………………. wniosku o udzielenie dotacji.

………….………………………………….……..

*Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej*

*do reprezentowani dotowanego podmiotu*