Załącznik nr 1 do Uchwały Nr ……

 Rady Gminy Somianka z dnia ……

……………………………………………….………….

(pieczęć organu prowadzącego)

**Do**

**Wójta Gminy Somianka**

**Wniosek o udzielenie dotacji dla szkoły/przedszkola/ na rok ...................**

|  |
| --- |
| **DANE ORGANU PROWADZĄCEGO** |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Numery telefonów: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **DANE SZKOŁY/PRZEDSZKOLA** |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Numery telefonów: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Typ i rodzaj szkoły/przedszkola: |  |
| Realizowanie obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki (dotyczy szkół niepublicznych) | **TAK** |  | **NIE** |  |
| **Publiczna**  |  | **Niepubliczna** |  |
| Data i numer decyzji zezwalającej na założenie szkoły publicznej | Data i numer aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji |
|  |  |
| **RACHUNEK BANKOWY SZKOŁY/PRZEDSZKOLA** |
| Nazwa banku: |  |
| Numer rachunku: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE O PLANOWANEJ LICZBIE UCZNIÓW** | **W okresie****styczeń – sierpień** | **W okresie****wrzesień – grudzień** |
|  |
| **PRZEDSZKOLE** |
| Liczba uczniów ogółem: |  |  |
| w tym ogół wychowanków niepełnosprawnych: |  |  |
| * Słabowidzący
 |  |  |
| * Słabosłyszący
 |  |  |
| * Z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
 |  |  |
| * Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim
 |  |  |
| * Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu umiarkowanym lub znacznym
 |  |  |
| * Z niepełnosprawnością sprzężoną
 |  |  |
| * Z autyzmem, w tym z  zespołem Aspergera
 |  |  |
| * Inna niepełnosprawność (wymienić jaka ...............................................................................)
 |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno - wychowawczymi |  |  |
| Liczba uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Somianka |  |  |
| Liczba uczniów zamieszkałych poza Gminą Somianka |  |  |
|  |
| **ODDZIAŁ PRZEDSZKOLNY zorganizowany w szkole podstawowej** |
| Liczba uczniów ogółem: |  |  |
| w tym ogół wychowanków niepełnosprawnych: |  |  |
| * Słabowidzący
 |  |  |
| * Słabosłyszący
 |  |  |
| * Z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
 |  |  |
| * Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim
 |  |  |
| * Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu umiarkowanym lub znacznym
 |  |  |
| * Z niepełnosprawnością sprzężoną
 |  |  |
| * Z autyzmem, w tym z  zespołem Aspergera
 |  |  |
| * Inna niepełnosprawność (wymienić jaka ...............................................................................)
 |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno - wychowawczymi |  |  |
| Liczba uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Somianka |  |  |
| Liczba uczniów zamieszkałych poza Gminą Somianka |  |  |
|  |
| **SZKOŁA PODSTAWOWA** |
| Liczba uczniów ogółem: |  |  |
| w tym ogół wychowanków niepełnosprawnych: |  |  |
| * Słabowidzący
 |  |  |
| * Słabosłyszący
 |  |  |
| * Z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
 |  |  |
| * Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim
 |  |  |
| * Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu umiarkowanym lub znacznym
 |  |  |
| * Z niepełnosprawnością sprzężoną
 |  |  |
| * Z autyzmem, w tym z  zespołem Aspergera
 |  |  |
| * Inna niepełnosprawność (wymienić jaka ...............................................................................)
 |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju |  |  |
| w tym liczba uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno - wychowawczymi |  |  |
| Liczba uczniów w klasie I |  |  |
| Liczba uczniów w klasie II |  |  |
| Liczba uczniów w klasie III |  |  |
| Liczba uczniów w klasie IV |  |  |
| Liczba uczniów w klasie V |  |  |
| Liczba uczniów w klasie VI |  |  |
| Liczba uczniów w klasie VII |  |  |
| Liczba uczniów w klasie VIII |  |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ ORGAN PROWADZĄCY – WŁAŚCIWEJ DO SKŁADANIA COMIESIĘCZNYCH INFORMACJI O AKTUALNEJ LICZBIE UCZNIÓW** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Tytuł prawny/Pełniona funkcja\*** |  |
| Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z rzeczywistością............................................ ………………………..……..…………Miejscowość i data Czytelny podpis osoby reprezentującej organ prowadzący |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przewodniczący Rady Gminy Krzysztof Jan Rakowski |