



Załącznik nr 2  
do Uchwały Nr LII/386/18  
Rady Miasta Żyrardowa  
z dnia 1 lutego 2018 r.

## Informacja o faktycznej liczbie uczniów wg stanu na pierwszy dzień miesiąca ..... roku .....

Formularz jest przeznaczony dla osób fizycznych oraz osób prawnych, o których mowa w §1 Uchwały

Nr sprawy:

**Prezydent Miasta  
Żyrardowa**

(wypełnia pracownik Urzędu Miasta Żyrardowa)

Podstawa prawna: art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2203).

Termin składania wniosku: do 5 dnia każdego miesiąca, za który udzielana jest część dotacji przypadająca na dany miesiąc.

Miejsce złożenia wniosku: Biuro Obsługi Klienta Urzędu Miasta Żyrardowa, Plac Jana Pawła II Nr 1, 96-300 Żyrardów.

### Dane o organie prowadzącym

Osoba prawna

Osoba fizyczna

Nazwa osoby prawnej/imię i nazwisko osoby fizycznej

Siedziba organu prowadzącego

Kod pocztowy	Miejscowość		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	

### Dane o przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole

NAZWA

Adres

Kod pocztowy	Miejscowość		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	

### Rodzaj przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły

Publiczna

Niepubliczna

**Informacja o faktycznej liczbie uczniów**
**I. Liczba uczniów objętych wychowaniem przedszkolnym (dotyczy przedszkoli, szkół podstawowych z oddziałami przedszkolnymi i innych form wychowania przedszkolnego)**

Liczba uczniów	Rok urodzenia ucznia				
	..... r.	..... r.	..... r.	..... r.	..... r.
<b>1. Ogólna liczba uczniów, w tym:</b>					
a) liczba uczniów niepełnosprawnych (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego), w tym:					
<i>nieślyszących</i>					
<i>ślabsłyszących</i>					
<i>niewidomych</i>					
<i>śladowidzących</i>					
<i>z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją</i>					
<i>z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim</i>					
<i>z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym</i>					
<i>z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera</i>					
<i>z niepełnosprawnościami sprzężonymi</i>					
<i>niedostosowanych społecznie/zagrożonych niedostosowaniem społecznym</i>					
b) liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganie rozwoju, posiadających opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju					
c) liczba uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, posiadających orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych					
<b>Razem</b>					

Miesięczny wykaz uczniów					
Lp.	Imię i nazwisko ucznia	Data urodzenia	Adres zamieszkania ucznia	Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania ucznia	Informacje dodatkowe <sup>1</sup>

<sup>1</sup> należy umieścić informację o posiadaniu przez ucznia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i/lub wczesnym wspomaganie rozwoju, uczestnictwie w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych.

**II. Liczba uczniów w szkole**

Wyszczególnienie	Liczba uczniów w szkole, w tym:	
	ogółem	w klasach I-III szkoły podstawowej
<b>1. Uczniowie szkoły, w tym:</b>		
a) uczniowie niepełnosprawni (na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego), w tym:		
<i>niesłyszących</i>		
<i>słabosłyszących</i>		
<i>niewidomych</i>		
<i>słabowidzących</i>		
<i>z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją</i>		
<i>z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim</i>		
<i>z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym</i>		
<i>z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera</i>		
<i>z niepełnosprawnościami sprzężonymi</i>		
<i>niedostosowanych społecznie/zagrożonych niedostosowaniem społecznym</i>		
b) uczniowie objęci wczesnym wspomaganem rozwoju, posiadający opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju		
c) uczniowie będący uczestnikami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, posiadający orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych		

**Liczba oddziałów w szkole**

Ogółem:

**Podpis i oświadczenie osoby reprezentującej organ prowadzący****Dane o osobie podpisującej wniosek**

Imię i nazwisko

Tytuł prawny/Stanowisko/Pelniona funkcja

**Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem faktycznym.**.....  
czytelny podpis (pleczątką) składającego wniosek

Miejscowość, data .....

**Uwagi** (wypełnia pracownik Urzędu Miasta Żyrardowa)PRZEWODNICZĄCY  
RADY MIASTA ŻYRARDOWA  
Marcja Rosiński