

.....  
(pieczęć osoby prowadzącej)

Głuszyca, dnia .....

**Burmistrz Głuszycy**

Wniosek o udzielenie dotacji na rok .....

1. Nazwa i adres osoby prowadzącej .....

.....

2. Dane szkoły/placówki dotowanej:

a) nazwa .....

b) typ i rodzaj szkoły/ forma kształcenia.....

c) adres, numer telefonu, adres e-mail.....

.....

d) NIP, REGON .....

3. Numer i data zaświadczenia i wpisie do ewidencji placówek niepublicznych:

.....

4. Numer i data decyzji o nadaniu uprawnień szkoły publicznej:

.....

<b>1.</b>	<b>Planowana liczba uczniów, którzy uczęszczać będą do szkoły, oddz. przedszkolnego i innych form wychowania przedszkolnego* w roku budżetowym, którego dotyczy wniosek:</b>	
	a) planowana liczba uczniów od dnia 1stycznia do dnia 31 sierpnia w tym:	
	- liczba uczniów według niepełnosprawności - zgodnie z orzeczeniami poradni psychologiczno - pedagogicznych	
	słabowidzących - .....	X
	słabosłyszących - .....	
	z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim - .....	
	z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym - .....	

	z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją - .....	
	z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera - .....	
	z niepełnosprawnościami sprzężonymi - .....	
	inna niepełnosprawność (wymienić jaka: ..... ) - .....	
	- liczba dzieci objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi	
	- liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiam	
	- liczba uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Głuszycy	
	- liczba uczniów zamieszkałych na terenie innych Gmin	
	b) planowana liczba uczniów od dnia <b>01 września do dnia 31 grudnia</b> w tym:	
	- uczniowie klas pierwszych, drugich, trzecich szkół podstawowych	
	- liczba uczniów według niepełnosprawności - zgodnie z orzeczeniami poradni psychologiczno – pedagogicznych	
	słabowidzących - .....	X
	słabosłyszących - .....	
	z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim - .....	
	z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym - .....	
	z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją - .....	
	z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera - .....	
	z niepełnosprawnościami sprzężonymi - .....	
	inna niepełnosprawność (wymienić jaka: ..... ) - .....	
	- liczba dzieci objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi	
	- liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiam	
	- planowana liczba uczniów zamieszkałych na terenie Gminy Głuszycy	
	- planowana liczba uczniów zamieszkałych na terenie innych Gmin	
<b>2.</b>	<b>Liczba miejsc w oddziale przedszkolnym / innej formie wychowania przedszkolnego*</b>	

5. Numer rachunku bankowego, nazwa banku dotowanej szkoły/placówki:

.....

6. Oświadczam, że powyższe dane zgodne są ze stanem faktycznym.

.....

( miejscowość i data )

.....

(pieczęć i podpis dyrektora placówki)

\*niepotrzebne skreślić

- wniosek należy sporządzić dla każdej placówki oddzielnie;

- wniosek należy sporządzić do dnia 30 września roku poprzedzającego rok przyznania dotacji.

**PRZEWODNICZĄCY**  
**Rady Miejskiej w Głuszycy**  
*Grzegorz Milczarek*  
**Grzegorz Milczarek**