

.....  
(Nazwa i adres lub pieczęć organu prowadzącego)

**Do  
Burmistrza Pyrzyc**

**INFORMACJA O FAKTYCZNEJ LICZBIE UCZNIÓW W MIESIĄCU ..... ROKU .....**

na dzień ..... 20 ..... r.

**I. Termin złożenia informacji:** (podstawa prawna: § 3 ust. 1 uchwały ws. trybu ...)

**II. Nazwa przedszkola /szkoła\***

.....  
.....

**III. Liczba uczniów na pierwszy roboczy dzień miesiąca:**

1) Ogółem: .....

2) Uczniowie niepełnosprawni: .....

3) Dzieci objęci **wczesnym wspomaganie rozwoju**: P - .....

**Tab. 1 – Informacja o liczbie uczniów przedszkola**

Liczba uczniów w:	Liczba uczniów <b>bez orzeczeń</b> o potrzebie kształcenia specjalnego	Liczba uczniów z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym:								liczba uczniów w do 5 lat	liczba uczniów w 6-letnich i starszych
		niewidomych, słabowidzących z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim P .....	niesłyszących, słabosłyszących, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym P .....	Z niepełnosprawnością sprzężoną, z autyzmem w tym zespołem Aspergera				liczba uczniów w do 5 lat	liczba uczniów w 6-letnich i starszych		
				w oddziałach integracyjnych P .....	w oddziałach specjalnych P .....	w oddziałach ogólnodostępnych ilość godzin wsparcia					
				do 2 h wsparcia P .....	powyżej 2h do 5 h wsparcia P .....	powyżej 5h do 10h wsparcia P .....	powyżej 10 h wsparcia P .....				
Przedszkole											

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej organ prowadzący)

\* niepotrzebne skreślić

**Tab. 2 – Informacja o liczbie uczniów szkoły**

Liczba uczniów w:	Liczba uczniów bez orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	Liczba uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym:								
		nie dostosowanych społecznie, zagrożonych niedostosowaniem społecznym P .....	Z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim P.....	nie widomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją P ....	nie słyszących, słabosłyszących, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym P .....	w oddziałach integracyjnych P .....	w oddziałach ogólnodostępnych			
							do 2h wsparcia	powyżej 2h do 5h wsparcia	powyżej 5h do 10h wsparcia	powyżej 10h wsparcia
oddziałach ogólnodostępnych										
oddziałach integracyjnych										
w oddziałach specjalnych										
razem uczniów w klasach I-III										
razem uczniów w klasach IV-VIII										

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej organ prowadzący)

\* niepotrzebne skreślić