


Sprawozdanie z ilości uczniów wg stanu na dzień 15 stycznia roku										
		Pieczęć nagłówkowa szkoły / przedszkola/ innej formy wychowania przedszkolnego / placówki oświatowej				Pieczęć wpływu do Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta Krosna				
		Miejsce składania: Kancelaria ogólna Urzędu Miasta Krosna, 38-400 Krosno, ul. Lwowska 28a. Sprawozdanie należy złożyć w terminie do dnia 31 stycznia . *								
Wypełniają przedszkola (sprawozdanie nie powinno zawierać dzieci objętych wyłącznie wczesnym wspomaganie rozwoju)										
Lp.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Nr PESEL	Adres zameldowania na pobyt stały	Adres zamieszkania	Nazwa gminy, na terenie której zamieszkuje uczeń	Rodzaj niepełnosprawności ¹	Data przyjęcia do przedszkola	Liczba godzin zapewnionej opieki
1 – jeżeli uczeń jest wykazywany jako niepełnosprawny, należy do sprawozdania dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną, w przypadku niepełnosprawności sprzężonych proszę o podanie rodzaju sprzężenia										
Wypełniają szkoły, placówki oświatowe i inne formy wychowania przedszkolnego (sprawozdanie nie powinno zawierać dzieci objętych wyłącznie wczesnym wspomaganie rozwoju)										
Lp.	Nazwisko	Imię	Nr PESEL	Adres zameldowania na pobyt stały	Adres zamieszkania	Rodzaj niepełnosprawności ²	Data przyjęcia			
Kierunek kształcenia (zawód)³:										
2 – jeżeli uczeń jest wykazywany jako niepełnosprawny, należy do sprawozdania dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną, w przypadku niepełnosprawności sprzężonych proszę o podanie rodzaju sprzężenia – nie dotyczy szkół dla dorosłych i innych form wychowania przedszkolnego										
3 – informację należy sporządzać w podziale na kierunki kształcenia – nie dotyczy placówek oświatowych, szkół prowadzących kształcenie ogólne ani innych form wychowania przedszkolnego										

Wypełniają podmioty realizujące zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, o których mowa w §2 ust. 7 uchwały

Lp.	Nazwisko	Imię	Nr PESEL	Adres zameldowania na pobyt stały	Adres zamieszkania	Data wydania orzeczenia ⁴	Data rozpoczęcia zajęć

Wypełniają podmioty realizujące wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Lp.	Nazwisko	Imię	Nr PESEL	Adres zameldowania na pobyt stały	Adres zamieszkania	Data wydania orzeczenia ⁴	Data rozpoczęcia wczesnego wspomaganie

4 – jeżeli dziecko rozpoczęło wczesne wspomaganie rozwoju/zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju/orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Oświadczenie i podpis

Oświadczam, że dane o liczbie uczniów zawarte w niniejszym załączniku odpowiadają stanowi faktycznemu.

Miejscowość, data

Imienna pieczęć i podpis przedstawiciela organu prowadzącego

Nr telefonu kontaktowego: