

.....
(pieczęć organu prowadzącego)

....., dnia.....

**Wójt Gminy Ryńsk
ul. Mickiewicza 21
87-200 Wąbrzeźno**

**INFORMACJA*
miesięczna/korekta
o faktycznej liczbie uczniów**

1. Dane o organie prowadzącym:

Nazwa osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej

Siedziba lub adres

2. Dane o przedszkolu/innej formie wychowania przedszkolnego:

Nazwa

Adres

REGON NIP.....

Numer wpisu KRS

3. Dane o liczbie uczniów:

Informuję, że:

1) liczba uczniów wg stanu na (wpisać 1 dzień miesiąca lub dzień korekty) dzień miesiąca

.....(miesiąc i rok) wynosi,

w tym:

- uczniów niepełnosprawnych z rodzajem niepełnosprawności

.....
(liczba uczniów) (rodzaj niepełnosprawności)

2) liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganie rozwoju -

3) liczba uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych -

4) liczba uczniów niebędących mieszkańcami Gminy Ryńsk, niebędących uczniami niepełnosprawnymi ani uczestnikami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub uczniami objętymi wczesnym wspomaganie rozwoju, -

i są oni mieszkańcami gmin:

a) gmina - uczniów,

b) gmina - uczniów.

4. Wykaz uczniów uczęszczających do przedszkola/innej formy wychowania przedszkolnego spoza Gminy:

Lp.	Nazwisko i Imię ucznia	Nazwiska i imiona rodziców	Data urodzenia ucznia	Adres zamieszkania	Nazwa Gminy

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

.....
(miejsowość, data)

5. Wykaz uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego uczęszczających do przedszkola/innej formy wychowania przedszkolnego:

Lp.	Nazwisko i Imię ucznia	Nazwiska i imiona rodziców	Data urodzenia ucznia	Adres zamieszkania	Nazwa Gminy	Data wpływu orzeczenia do przedszkola/ innej formy wychowania przedszkolnego oraz data od której realizowane są zajęcia wynikające z orzeczenia	Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego: *							
							z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim	nieświadomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją	niesłyszących, słabosłyszących, z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym	Z niepełnosprawnością sprzężoną, z autyzmem w tym zespołem Aspergera w oddziałach ogólnodostępnych:				
										do 2 godzin wsparcia	powyżej 2 do 5 godzin wsparcia	powyżej 5 do 10 godzin wsparcia	powyżej 10 godzin wsparcia	

Oświadczam, że powyższe dane zawarte w miesięcznej informacji o aktualnej liczbie uczniów są zgodne ze stanem faktycznym i raportem z bazy danych systemu informacji oświatowej (SIO), o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 152, z późn. zm.).

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

.....
(miejscowość, data)

* proszę zaznaczyć znak x we właściwej rubryce