Załącznik nr 2

do Uchwały Nr /2025

Rady Miejskiej Gminy Dobrzyca

z dnia …….marca 2025 r.

….......................................................................

/pieczęć organu prowadzącego/

Termin złożenia:

- do 5. dnia każdego miesiąca

**BURMISTRZ**

**GMINY DOBRZYCA**

**INFORMACJA MIESIĘCZNA**

**o aktualnej liczbie uczniów na pierwszy dzień roboczy miesiąca ………………………. 20… roku**

**wSzkole Podstawowej w …………………..**

1. Nazwa i adres siedziby organu prowadzącego:
2. Adres szkoły:
3. Liczba uczniów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uczniowie: | | | Liczba uczniów: |
| 1. | Liczba uczniów spełniających obowiązek nauki w szkole ogółem: | |  |
| 2. | liczba uczniów w klasie I-III **nie posiadających** orzeczeniaporadni psychologiczno-pedagogicznej: | |  |
| liczba uczniów w klasie I-III  **posiadających** orzeczeniaporadni psychologiczno-pedagogicznej ogółem: | |  |
| **w tym uczniowie:** | |  |
| Z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, niedostosowani społecznie, zagrożeni niedostosowaniem społecznym | |  |
| niewidomi, słabowidzący, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją | |  |
| niesłyszący, słabosłyszący, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzinom | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny i mniejsza lub równa 5 godzinom | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia wynosi do 2 godzin | |  |
| korzystający z bezpłatnej nauki języka polskiego | |  |
| korzystający z nauczania indywidualnego | |  |
| 3. | liczba uczniów w klasie IV-VIII **nie posiadających** orzeczeniaporadni psychologiczno-pedagogicznej: | |  |
| liczba uczniów w klasie IV-VIII **posiadających** orzeczeniaporadni psychologiczno-pedagogicznej ogółem: | |  |
| **w tym uczniowie:** | |  |
| Z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, niedostosowani społecznie, zagrożeni niedostosowaniem społecznym | |  |
| niewidomi, słabowidzący, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją | |  |
| niesłyszący, słabosłyszący, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzinom | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny i mniejsza lub równa 5 godzinom | |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, dla których liczba godzin wsparcia wynosi do 2 godzin | |  |
| korzystający z bezpłatnej nauki języka polskiego | |  |
| korzystający z nauczania indywidualnego | |  |
| 4. | Średnia liczebność klas małych szkół  *(dotyczy tylko szkoły podstawowej)* | |  |
| 5. | Liczba uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim z orzeczeniem o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych | I-III |  |
| IV-VIII |  |
| 6. | Liczba uczniów spełniających obowiązek szkolny poza szkołą na podstawie art. 37 ustawy – Prawo oświatowe |  |  |

……………………, …………… ………………………………………………..

/miejscowość/ / data/ /pieczątka imienna i podpis osoby

upoważnionej w imieniu organu prowadzącego