

INFORMACJA*
o faktycznej liczbie uczniów
miesiąc..... rok

Dane o organie prowadzącym:

Nazwa osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej:.....
Siedziba i adres organu prowadzącego:

Dane o szkole/przedszkolu/innej formie wychowania przedszkolnego:

Status jednostki: publiczna/niepubliczna*
Nazwa.....
Adres.....

Dane o aktualnej liczbie uczniów wg stanu na pierwszy dzień roboczy miesiąca.....

Liczba uczniów ogółem	w tym:			
	niepełnosprawnych z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego	objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju	uczestników zajęć rewalidacyjno- wychowawczych	spoza Gminy Golina

wzór

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL	Adres zamieszkania	Gmina	czy ma orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	Rodzaj niepełnosprawności	Wczesne wspomaganie rozwaju	Zajęcia rewalidacyjno- wychowawcze	Uczniowie niebędący mieszkańcami Gminy Golina objętych wychowaniem przedszkolnym do końca roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym kończą 6 lat, którzy nie są uczniami niepełnosprawnymi

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

.....
(miejscowość, data)

* informację należy przygotować oddzielnie dla każdej jednostki,