

INFORMACJA*

o tygodniowej faktycznej liczbie godzin wsparcia dla ucznia z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

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:

S:

Informuję, że tygodniowa liczba godzin wsparcia dla ucznia/uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera w miesiącu roku wynosiła łącznie: godzin dla uczniów.

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL	Adres zamieszkania	czy ma orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	Liczba uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym:							
					nieświadomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim	niesłyszących, słobosłyszących, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym	z niepełnosprawnością sprzężoną, z autyzmem (w tym zespół Aspergera)					
							w oddziałach specjalnych	w oddziałach integracyjnych	w oddziałach ogólnodostępnych			
									do 2h wsparcia	powyżej 2h do 5h wsparcia	powyżej 5h do 10h wsparcia	powyżej 10h wsparcia

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

.....
(miejscowość, data)

* informację należy przygotować oddzielnie dla każdej jednostki.