

.....
(organ prowadzący szkołę/placówkę)

....., dnia r.
(miejscowość)

**MIESIĘCZNA INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW
NA PIERWSZY ROBOCZY DZIEŃ MIESIĄCA**
(dla każdego typu szkoły oddzielnie)

- I. 1. Pełna nazwa szkoły
.....
2. Siedziba – adres
.....
3. Dane do kontaktu – telefon...../ e-mail
4. Forma publiczno-prawna
/ szkoła publiczna, szkoła niepubliczna/
5. Typ szkoły
/zgodnie z ustawą Prawo oświatowe/
6. Kategoria uczniów
/młodzież, dorośli/
7. System kształcenia
/dzienny, stacjonarny, zaoczny/

II. Informuję, że na dzień, miesiąc, rok..... według dokumentacji szkolnej w wyżej wymienionej szkole było ogółem uczniów, w tym:

1. uczniów zakwalifikowanych do kształcenia specjalnego (podać niepełnosprawność zgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego i liczbę uczniów):

- rodzaj niepełnosprawności liczba uczniów:
- rodzaj niepełnosprawności liczba uczniów:

2. Uczniowie o potrzebie kształcenia specjalnego z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, w oddziałach innych niż oddziały integracyjne i specjalne, dla których tygodniowa liczba godzin wsparcia jest:

- a) mniejsza niż 2 godziny lub równa 2 godzinom i nie jest równa 0 - liczba uczniów:
b) większa niż 2 godziny i mniejsza niż 5 godzin lub równa 5 godzinom - liczba uczniów:
c) większa niż 5 godzin i mniejsza niż 10 godzin lub równa 10 godzinom - liczba uczniów:
d) większa niż 10 godzin - liczba uczniów:

3. uczniów/wychowanków korzystających z internatu.

Osoba sporządzająca:

Imię i nazwiskoFunkcja/stanowisko

Miejscowość i data

.....
(pieczęć i podpis)