Załącznik nr 1 do Regulaminu

 *(miejscowości i data)*

|  |
| --- |
|  |

*(pieczęć niepublicznego przedszkola/niepublicznej innej*

 *formy wychowania przedszkolnego\*)*

**Wójt Gminy Starogard Gdański**

**ul. Sikorskiego 9**

**83-200 Starogard Gdański**

**Wniosek / korekta wniosku\* o udzielenie dotacji na rok …..**

(składany do 30 września roku poprzedzającego rok udzielenia dotacji)

1. Nazwa organu prowadzącego (osoby prawnej albo imię i nazwisko osoby fizycznej) niepubliczne przedszkole/niepubliczną inną formę wychowania przedszkolnego\*

……………………………………………………………………………………………….

1. Nazwa niepublicznego przedszkola/niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres niepublicznego przedszkola/niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego\* i nr telefonu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. NIP niepublicznego przedszkola/niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego\*

………………………………………………………………………………………………

1. Rachunek bankowy niepublicznego przedszkola/niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego\* na który ma być przekazana dotacja

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

1. Planowana liczba uczniów w roku………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane o liczbie uczniów  | W okresie styczeń – sierpień  | W okresie wrzesień - grudzień |
| Liczba dzieci ogółem w przedszkolu / innej formie wychowania przedszkolnego\* |  |  |
| Liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej o wczesnym wspomaganiu rozwoju)* |  |  |
| Liczba dzieci niewidomych, słabowidzących wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy (*z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba dzieci niesłyszących, słabosłyszących wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym, znacznym głębokim, wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba dzieci z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, wymagających stosowania specjalnej nauki organizacji i metod pracy *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba dzieci z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba dzieci z niepełnosprawnościami sprzężonymi wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy *(z opinią z poradni psychologiczno-pedagogicznej)* |  |  |
| Liczba uczestników zajęć rewalidacyjno – wychowawczych  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

 ………………………………………

 (data, podpis i pieczątka

organu prowadzącego)