Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr VI/42/2024

Rady Powiatu w Lipnie

z dnia 6 września 2024 roku

**Informacja miesięczna o faktycznej liczbie uczniów**

**wg stanu na 10 dzień miesiąca …………………………..……. *(miesiąc, na który jest udzielana dotacja)* w roku ……………….**

Termin składania : do 15 dnia każdego miesiąca, a w styczniu i grudniu do 12 dnia.

Miejsce składania: Starostwo Powiatowe w Lipnie, ul. Sierakowskiego 10 B

1. **Dane organu prowadzącego szkołę / placówkę niepubliczną**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organu prowadzącego  (w przypadku osoby fizycznej – imię i nazwisko) |  |
| Siedziba / adres organu prowadzącego |  |

1. **Informacja o szkole / placówce niepublicznej**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa szkoły / placówki |  |
| Adres szkoły / placówki |  |
| Numer identyfikacji REGON |  |
| Nazwa banku i numer wyodrębnionego rachunku bankowego szkoły / placówki |  |

1. **Informacje o faktycznej liczbie uczniów szkoły**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poziom kształcenia  Klasa / Semestr | Nazwa zawodu | Liczba uczniów  kształconych w formie | |
| Stacjonarnej | Zaocznej |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Informacja o frekwencji uczniów szkoły, w której nie jest realizowany obowiązek szkolny lub obowiązek nauki w miesiącu ………………………… w roku …….…… (poprzedzającym miesiąc, którego dotyczy niniejsza informacja)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poziom kształcenia  Klasa / Semestr | Nazwa zawodu | Liczba uczniów wynikająca z informacji za poprzedni miesiąc | Liczba uczniów uczestniczących  w co najmniej 50% obowiązkowych zajęć edukacyjnych  w poprzednim miesiącu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Informacje o faktycznej liczbie wychowanków, dzieci, uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba wychowanków ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego |  |
| Liczba uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych |  |
| Liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju |  |

**Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej informacji dane są zgodne ze stanem faktycznym.**

…………………………………… ………………………………….…………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania organu prowadzącego)