Załącznik nr 1

do Uchwały Nr XXXV/223/2017

Rady Gminy Skarżysko Kościelne

z dnia 27 grudnia 2017 r.

……………………...........

*(pieczęć organu prowadzącego  
 – osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej)*

**Wójt Gminy ………………**

**Wniosek o udzielenie dotacji na ……… rok**

1. Nazwa i adres wnioskodawcy: osoby prowadzącej …..................………………………………………………………………………………..  
………………………………………….............…………………………….......................,

2. Dane szkoły/oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej/innej formy wychowania przedszkolnego/

1. nazwa .....................…………………………………………………………………………..…  
   ………………………….............…………………………………………………..…,
2. adres i numery telefonów jednostki oświatowej ........……………………………....…………………………………………………… ……………............………....……………………………………………..........……

3. Nazwa banku i numer rachunku bankowego dotowanej jednostki oświatowej .............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

4. Planowana liczba uczniów/wychowanków w ………….. roku

a) w oddziałach przedszkolnych przy szkole podstawowej :

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

* w tym planowana liczba uczniów niepełnosprawnych z podaniem rodzajów niepełnosprawności**\*\***:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

b) w innej formie wychowania przedszkolnego:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

* w tym planowana liczba uczniów niepełnosprawnych z podaniem rodzajów niepełnosprawności**\*\***:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

c) w szkole podstawowej:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

* w tym planowana liczba uczniów klas pierwszych, drugich i trzecich w szkołach podstawowych:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

* w tym planowana liczba uczniów niepełnosprawnych z podaniem rodzajów niepełnosprawności**\*\***:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

d) w innych formach wychowania przedszkolnego, szkołach podstawowych, prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju dziecka - planowana liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka:

w okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………. ………………………

e) w innych formach wychowania przedszkolnego, szkołach podstawowych, które prowadzą zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze - planowana liczba uczestników tych zajęć:

okresach: styczeń – sierpień wrzesień – grudzień

……………………… ………………………..

Zobowiązuję się do comiesięcznego składania informacji o aktualnej liczbie uczniów/wychowanków.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………….. |  | ………………………….. |
| *(miejscowość, data)* |  | *(pieczątka imienna i czytelny podpis osoby fizycznej lub przedstawiciela osoby prawnej prowadzącej dotowaną jednostkę)* |