*Załącznik Nr 1*

*do Uchwały Nr XIII/101/2025 Rady Powiatu*

*Mławskiego z dnia 27 marca 2025 roku*

*………………………………………*

(pieczęć organu prowadzącego

- osoby prawnej lub imię i nazwisko

osoby fizycznej)

***Starosta Mławski***

**Wniosek o udzielenie dotacji na rok budżetowy ……………………….**  
**Cześć A**

Dane szkoły:

1. Dane o organie prowadzącym : …………………………………………………………..

(osoba prawna/osoba fizyczna)

**Wnioskodawca** ……………………………………………………………………………………

(Nazwa osoby prawnej/ imię i nazwisko osoby fizycznej)

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

(Siedziba organu prowadzącego )

1. **Dane o szkole:**

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

(Pełna nazwa szkoły)

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

(Adres szkoły)

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

(Adres do korespondencji )

……………………………………………………………………………………………………………  
(Dane do kontaktu: tel. stacjonarny/komórkowy/adres e-mail)

**jest szkołą niepubliczną wpisaną do ewidencji dnia** …………….……………………......................

na podstawie pisma …………………………………… ………….do ewidencji szkół niepublicznych prowadzonej przez………………………………………………………………………………………

REGON (szkoły) : ……………………………… NIP (szkoły): ………………....................................

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

(Nazwa szkoły)

uzyskała uprawnienia szkoły publicznej z dniem ……………………………………….................................................................................................

na podstawie ……………………………………………………………………………………………………….

(Wpisać numer, organ wydający decyzję i datę)

lub

**jest szkołą publiczną, która otrzymała w dniu** …………………………………………..**zezwolenie   
o numerze** ……………………………….. na prowadzenie w/w szkoły.

**3.** Dotację należy przekazać na **rachunek bankowy szkoły:**

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

(Nazwa banku, siedziba i numer rachunku bankowego)

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

(Nazwa posiadacza rachunku bankowego)

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

(Adres posiadacza rachunku)

Typ szkoły

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

(np. liceum ogólnokształcące, liceum ogólnokształcące dla dorosłych, branżowa szkoła I stopnia, szkoła policealna)

System kształcenia

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

(np. dzienny, stacjonarny, zaoczny)

**Część B**

Dane o planowanej liczbie uczniów:

1. **Dotyczy szkół, w których jest realizowany obowiązek szkolny lub nauki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba uczniów** **w liceum ogólnokształcącym ogółem na dzień:** | **Liczba uczniów ogółem** | Niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim | Niedostosowani społecznie | Z zaburzeniami zachowania, | Zagrożeni uzależnieniem | Z chorobami przewlekłymi | Zagrożeni niedostosowaniem społecznym | Niewidomi | Z niepełnosprawnością ruchową , w tym z afazją | Z zaburzeniami psychicznymi | Niesłyszący | Słabosłyszący | Słabowidzący | Z niepełnosprawnością sprzężoną | Z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera | Nauczanie indywidualne |
| **liceum ogólnokształcące dla dzieci lub młodzieży** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| w okresie od: 1 stycznia –  31 sierpnia w tym: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w okresie od: 1września - 31 grudnia, w tym: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **branżowa szkoła I stopnia dla dzieci lub młodzieży** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kształcenie w zawodzie ( wpisać w jakim) -** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| w okresie od: 1 stycznia –  31 sierpnia, w tym: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w okresie od: 1września - 31 grudnia, w tym: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane o liczbie uczniów według klas w szkołach, w których jest realizowany obowiązek szkolny lub nauki: w okresie od: 1 stycznia - 31 sierpnia, w tym:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klasa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Liczba uczniów |  |  |  |  |

**w okresie od: 1 września - 31 grudnia, w tym:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klasa** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **Liczba uczniów** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowana tygodniowa liczba godzin wsparcia uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera\***  *(w oddziałach ogólnodostępnych)* | |
| Liczba godzin | Liczba uczniów |
| Powyżej 10 godzin |  |
| Od 6 do 10 godzin |  |
| Od 3 do 5 godzin |  |
| Od 1 do 2 godzin |  |
| Brak godzin wsparcia |  |

1. **Dotyczy szkół, w których nie jest realizowany obowiązek szkolny lub nauki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Szkoły | Liczba uczniów  w okresie **1 stycznia – 31 sierpnia** | Liczba uczniów  w okresie **1 września** – **31 grudnia** |
| 2.1 | **liceum ogólnokształcące dla dorosłych** - kształcenie w formie zaocznej |  |  |
| 2.2 | **szkoła policealna** – kształcenie w formie dziennej w zawodach medycznych |  |  |
| 2.3 | **szkoła policealna** – kształcenie  w formie stacjonarnej w zawodach medycznych |  |  |
| 2.4 | **szkoła policealna** – kształcenia  w formie zaocznej w zawodach medycznych |  |  |
| 2.5 | **szkoła policealna** - kształcenie  w formie stacjonarnej w zawodzie  ( wpisać w jakim) |  |  |
| 2.6 | **szkoła policealna** – kształcenie  w formie stacjonarnej w zawodzie  ( wpisać w jakim) |  |  |
| 2.7 | **szkoła policealna –** kształcenie  w formie zaocznej, w zawodzie (wpisać w jakim) |  |  |
| 2.8 | **szkoła policealna -** kształcenie  w formie zaocznej, w zawodzie  wpisać w jakim) |  |  |
| 2.9 | **szkoła policealna** - kształcenie  w formie zaocznej, w zawodzie  (wpisać w jakim) |  |  |

1. **Dotyczy szkół, w których nie jest realizowany obowiązek szkolny lub obowiązek nauki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Szkoły | Liczba uczniów, którzy uzyskają **świadectwo dojrzałości** | Liczba uczniów, którzy uzyskają **dyplom zawodowy** |
| * 1. **Liceum ogólnokształcące dla dorosłych** |  | **X** |
| * 1. **Szkoła policealna** | **X** |  |

**\*Dodatkowa informacja:**

1. Przez liczbę godzin wsparcia rozumie się tygodniową liczbę godzin wsparcia ucznia   
z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, stanowiącą sumę godzin obliczoną na podstawie przepisów rozporządzenia ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, określającego sposób podziału łącznej kwoty potrzeb oświatowych między jednostki samorządu terytorialnego, wydanego na podstawie art. 26 ust. 6 ustawy z 1 października 2024 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego.

2. Godzina wsparcia dla ucznia niepełnosprawnego z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi odpowiada jednostce czasu określonej w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania w sprawie pomocy psychologiczno – pedagogicznej, wydanego na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe oraz w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw oświaty   
i wychowania w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli, wydanego na podstawie art. 111 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

………………………………………………………………….

(podpis i pieczęć organu prowadzącego szkołę)

Miejscowość, data ……………………………………….

POUCZENIE:

1. Wniosek powinien być wypełniony czytelnie i zawierać dane zgodne z wpisem do ewidencji.
2. W przypadku prowadzenia kilku typów szkół wniosek należy wypełnić dla każdej jednostki osobno.