***Załącznik do Informacji miesięcznej o faktycznej liczbie uczniów, dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju***

*………………………………………………………………. …………………………………………………………..*

*Nazwa organu prowadzącego szkołę Nazwa szkoły/pieczęć*

Informuję, że tygodniowa liczba godzin wsparcia dla ………ucznia/uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera w miesiącu ……………. roku …………………. wynosiła łącznie: …………………. godzin dla ………………..uczniów.

1. Na powyższy wymiar godzin składała się następująca tygodniowa liczba godzin wsparcia, realizowana z poszczególnymi uczniami:

a) tygodniowa liczba godzin zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych realizowanych indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe w wymiarze: …………. realizowanych dla …………… uczniów;

b) tygodniowej liczby godzin zajęć rewalidacyjnych oraz zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizujących zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego oraz w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym, o którym mowa w art. 127 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, realizowanych indywidualnie z uczniem w wymiarze:………….. realizowanych dla …………….. uczniów;

c) połowy tygodniowej liczby godzin zajęć rewalidacyjnych oraz zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizujących zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego oraz w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym, o którym mowa w art. 127 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, organizowanych w grupie w wymiarze ……………….. realizowanych dla…………….. uczniów;

d) tygodniowej liczby godzin zajęć i innych zadań realizowanych z uczniem przez nauczyciela posiadającego kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej zatrudnionego dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia specjalnego uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze …………………realizowanych dla ………………… uczniów;

e) tygodniowej liczby godzin zajęć i innych zadań realizowanych z uczniem przez specjalistów zatrudnionych dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia specjalnego uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze ……………… realizowanych dla ……………….. uczniów;

f) liczby godzin zajęć i innych zadań realizowanych przez pomoc nauczyciela dla uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze ……………… realizowanych dla ……………… uczniów.

1. Liczba uczniów z niepełnosprawnościami, niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, w rozbiciu na tygodniową liczbę godzin wsparcia **do celów wypłaty dotacji dla uczniów objętych kształceniem specjalnym**

**Miesiąc ……………………………………Rok…………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Uczeń objęty  kształceniem specjalnym | Klasa  oddział | Uczeń kształcący się w zawodzie: | **Waga**  **P-5** | **Waga**  **P-6** | **Waga**  **P-7** | **Waga**  **P-8** | **Waga**  **P-10**  Liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 | **Waga**  **P-11**  Liczba godzin wsparcia jest większa niż 5 godzin i mniejsza niż 10 godzin lub równa 10 godzinom | **Waga**  **P-12**  Liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny i mniejsza niż 5 godzin lub równa 5 godzinom | **Waga**  **P-13**  Liczba godzin wsparcia jest mniejsza niż 2 godziny lub równa 2 godzinom i nie jest równa 0 |
| **Numer orzeczenia** | **1,400** | **2,900** | **3,600** | **9,500** | **9,500** | **7,100** | **3,600** | **1,500** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podsumowanie** | | **xxxxx** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**…………………………………………………………………………………..**

**Data sporządzenia zestawienia …………………………………….** *Podpis organu prowadzącego/osoby upoważnionej przez organ prowadzący*