**Załącznik nr 2** do Uchwały Nr

Rady Powiatu Wągrowieckiego

z dnia

**Zarząd Powiatu Wągrowieckiego**

**ul. Kościuszki 15**

* 1. **Wągrowiec**

1. Informacja o liczbie uczniów / wychowanków, stanowiąca podstawę naliczenia dotacji w miesiącu …………………………………………., wg stanu na pierwszy dzień danego miesiąca.

|  |  |
| --- | --- |
| **Rozdział klasyfikacji budżetowej** |  |
| **Typ i rodzaj szkoły/placówki** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UCZNIOWIE/WYCHOWANKOWIE** | **LICZBA** |
| OGÓŁEM |  |
| W TYM (**NA PODSTAWIE ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO)** | |
| Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ [[1]](#footnote-1)…………………………………… |  |
| Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ [[2]](#footnote-2)…………………………………… |  |

1. Informacja z dotacji przekazanej w miesiącu ……………………………..………. według stanu uczniów / wychowanków na ostatni dzień miesiąca.

Rozdział klasyfikacji budżetowej: ………………………………….. § 2540

Dotacja przekazana w danym miesiącu ……………….……………. zł.

Liczba uczniów kształcona w miesiącu, na których przekazana była dotacja, według stanu na ostatni dzień miesiąca:

|  |  |
| --- | --- |
| **UCZNIOWIE/WYCHOWANKOWIE** | **LICZBA** |
| OGÓŁEM |  |
| W TYM (**NA PODSTAWIE ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO)** | |
| Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ [[3]](#footnote-3)…………………………………… |  |
| Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ [[4]](#footnote-4)…………………………………… |  |

**Informacja od początku roku budżetowego z otrzymanej dotacji:**

Dotacja otrzymana od początku roku budżetowego………………………….…………… zł.

Dotacja należna od początku roku budżetowego …...…………………………………….. zł.

**Dotację należy przekazać na rachunek bankowy szkoły / placówki**

**…………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj wydatku [[5]](#footnote-5)** | **Kwota** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

Oświadczam, że wszyscy uczniowie, na których została udzielona dotacja, uczęszczający do szkół ponadpodstawowych, w których nie jest realizowany obowiązek szkolny lub nauki, spełnili wymóg uczestnictwa w minimum 50% obowiązkowych zajęć edukacyjnych w miesiącu, którego dotyczy rozliczenie.

………………………………………… ………………………………………….

Miejscowość, data Podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania organu prowadzącego szkołę/ placówkę

1. Wymienić rodzaj niepełnosprawności zgodnie z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wymienić rodzaj niepełnosprawności zgodnie z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. [↑](#footnote-ref-2)
3. J.w. [↑](#footnote-ref-3)
4. J.w. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z art. 35 ustawy o finansowaniu zadań oświatowych z dnia 27 października 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 2203) [↑](#footnote-ref-5)