

Projekt

z dnia 18 marca 2025 r.

Zatwierdzony przez .....

**UCHWAŁA NR 0007.XI.....2025  
RADY MIEJSKIEJ ZŁOTORYI**

z dnia 27 marca 2025 r.

**w sprawie zmiany uchwały nr 0007.LII.447.2023 Rady Miejskiej Złotoryi  
z dnia 23 lutego 2023 r. w sprawie trybu udzielania i rozliczania dotacji udzielanych niepublicznym  
przedszkolom prowadzonym przez osoby prawne niebędące jednostkami samorządu terytorialnego  
i osoby fizyczne, trybu przeprowadzania kontroli prawidłowości pobrania  
i wykorzystania tych dotacji oraz terminu i sposobu rozliczenia ich wykorzystania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1465 ze zm.) oraz art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. z 2024 r., poz. 754 ze zm.) Rada Miejska Złotoryi uchwala, co następuje:

**§ 1.** W uchwale nr 0007.LII.447.2023 Rady Miejskiej Złotoryi z dnia 23 lutego 2023 r. zmienionej uchwałą nr 0007.LIII.454.2023 z dnia 30 marca 2023 r. w § 3 pkt. 1 dodaje się literę a, w następującym brzmieniu:

„ W przypadku ucznia z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, niepubliczne przedszkole składa informację według wzoru stanowiącego załącznik nr 2a do uchwały”..

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Złotoryja.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodniczący Rady  
Miejskiej

**Waldemar Wilczyński**

## INFORMACJA

### **o tygodniowej faktycznej liczbie godzin wsparcia dla ucznia z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera**

#### **Dane o organie prowadzącym**

Nazwa .....

Adres .....

#### **Dane o szkole/przedszkolu/innej formie wychowania przedszkolnego**

Nazwa .....

Adres .....

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

I. Na powyższy wymiar godzin składa się następująca tygodniowa liczba godzin wsparcia, realizowana z poszczególnym/i uczniem/uczniami\*:

1) 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 737, ze zm.) w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... ucznia/uczniów\*,

2) tygodniowa liczba 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 – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737, ze zm.), realizowanych indywidualnie z uczniem w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... ucznia/uczniów\*,

3) połowa 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 – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737, ze zm.), organizowanych w grupie w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... ucznia/uczniów\*,

4) tygodniowa liczba godzin zajęć i innych zadań realizowanych z uczniem/uczniami\* 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 ..... ucznia/uczniów\*,

5) tygodniowa liczba godzin zajęć i innych zadań realizowanych z uczniem/uczniami\* przez specjalistów zatrudnionych dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia specjalnego ucznia/uczniów\* z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... ucznia/uczniów\*,

6) tygodniowa liczba godzin zajęć i innych zadań realizowanych przez pomoc nauczyciela dla ucznia/uczniów\* z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze: ..... realizowanych dla ..... ucznia/uczniów\*.

II. Liczba godzin wsparcia, wskazana w pkt I w rozbiciu na liczbę godzin realizowanych z poszczególnymi uczniami w miesiącu ..... roku ..... wynosi odpowiednio:

1) liczba uczniów, dla których realizowana liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin - ..... uczniów,

2) liczba uczniów, dla których realizowana liczba godzin wsparcia jest większa niż 5 godzin i mniejsza niż 10 godzin lub równa 10 godzinom - ..... uczniów,

3) liczba uczniów, dla których realizowana liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny i mniejsza niż 5 godzin lub równa 5 godzinom - ..... uczniów,

4) liczba uczniów, dla których realizowana liczba godzin wsparcia jest mniejsza niż 2 godziny lub równa 2 godzinom i nie jest równa 0 - ..... uczniów.

.....  
(podpis osoby reprezentującej organ prowadzący)

.....  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić