

Załącznik nr 2a
do uchwały
Rady Powiatu Piaseczyńskiego
z dniar.

INFORMACJA
O TYGODNIOWEJ FAKTYCZNEJ LICZBIE GODZIN WSPRACIA DLA UCZNIA
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI SPRZĘŻONYMI LUB AUTYZMEM, W TYM
Z ZESPOŁEM ASPERGERA

Według stanu na dzień 1.....r.
miesiąc rok

Liczba godzin wsparcia w rozbiu na liczbę godzin realizowanych z poszczególnymi uczniami*	
Liczba godzin wsparcia	Liczba uczniów
do 2 godzin wsparcia	
powyżej 2 do 5 godzin wsparcia	
powyżej 5 do 10 godzin wsparcia	
powyżej 10 godzin wsparcia	

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w informacji o szkole/placówce niepublicznej są zgodne z rzeczywistością.

.....
Podpis przedstawiciela organu prowadzącego
szkołę