Załącznik Nr 3 do uchwały Nr XIII/130/25  
Rady Powiatu Zawierciańskiego  
z dnia 20 marca 2025 r.

**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 osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej.................................................

Siedziba lub adres ...................................................

**Dane o szkole/placówce**

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 ...................... wynosiła łącznie: ...................... godzin dla ...................... uczniów.

**I.** Na powyższy wymiar godzin składały się następująca tygodniowa liczba godzin wsparcia, realizowana z poszczególnymi 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 w wymiarze: ......................, realizowanych dla ...................... 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, realizowanych indywidualnie z uczniem w wymiarze: ......................, realizowanych dla ...................... 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, organizowanych w grupie w wymiarze: ......................, realizowanych dla ...................... uczniów,

4) tygodniowa liczba 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,

5) tygodniowa liczba 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, tygodniowej 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,

6) tygodniowa liczb 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.

**II.** Liczba godzin wsparcia, wskazana w pkt I w rozbiciu na liczbę godzin realizowanych z poszczególnymi uczniami w miesiącu ...................... roku ...................... wynosiła 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.

Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....................................................................................

*(pieczęć i podpis osoby reprezentującej organ prowadzący)*

.................................................................

*(miejscowość, data)*

\* informację należy przygotować oddzielnie dla każdej jednostki