……………………………..

nazwa placówki

**Dane do sporządzenia miesięcznej informacji PFRON INF-1**

 (jednego ucznia można uwzględnić tylko w jednej rubryce, tak aby suma ze wszystkich rubryk wskazywała liczbę uczniów niepełnosprawnych w placówce)

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacja za miesiąc:** |  |
| Liczba uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności bez orzeczonego stopnia **(uczniowie którzy nie ukończyli 16 r.ż.)** |  |
| Liczba uczniów ze **znacznym** stopniem niepełnosprawności **-ze schorzeniami szczególnymi\* tj.:** 1) choroba Parkinsona,2) stwardnienie rozsiane,3) paraplegia, tetraplegia, hemiplegia,4) znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę) oraz niedowidzenie,5) głuchota i głuchoniemota,6) nosicielstwo wirusa HIV oraz chorobę AIDS,7) epilepsja,8) przewlekłe choroby psychiczne,9) upośledzenie umysłowe,10) miastenia,11) późne powikłania cukrzycy. |  |
| Liczba uczniów ze **znacznym** stopniem niepełnosprawności |  |
| Liczba uczniów z **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności -**ze schorzeniami szczególnymi\* tj.:** 1) choroba Parkinsona,2) stwardnienie rozsiane,3) paraplegia, tetraplegia, hemiplegia,4) znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę) oraz niedowidzenie,5) głuchota i głuchoniemota,6) nosicielstwo wirusa HIV oraz chorobę AIDS,7) epilepsja,8) przewlekłe choroby psychiczne,9) upośledzenie umysłowe,10) miastenia,11) późne powikłania cukrzycy. |  |
| Liczba uczniów z **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności |  |
| Liczba uczniów z **lekkim** stopniem niepełnosprawności |  |
| Ogólna liczba uczniów (stan wykazany w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej, złożonym w roku poprzedzającym rok obecny. W przypadku gdy takie zestawienia lub sprawozdania nie były składane należy podać dane na ostatni dzień poprzedniego roku lub gdy pracodawca nie działał w poprzednim roku –na pierwszy dzień działalności.) |  |

\*Schorzenia o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).

 ……………………………….

 podpis dyrektora