

.....
(pieczęć szkoły / placówki)

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK

*o dofinansowanie zadań z zakresu profilaktyki uzależnień i negatywnych zjawisk społecznych
wśród dzieci i młodzieży dofinansowanych w ramach
Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywaniu Problemów Alkoholowych
oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Łask na 2027 rok.*

A / Dane o szkole / placówce:

Ilość uczniów	
Ilość uczniów objętych pomocą MGOPS w Łasku lub inną formą pomocy społecznej*	
Przybliżona ilość uczniów z tzw. „grupy ryzyka”	

*jeżeli placówka dysponuje takim danymi

Czy w szkole/placówce jest:	Tak	Nie
Pedagog		
Psycholog		

Czy realizowane są profilaktyczne programy autorskie, inne programy profilaktyczne?

.....
.....

Ilość uczniów korzystających z dożywiania:,

Ilość uczniów korzystających z Placówki Wsparcia Dziennego:

Inne działania z zakresu profilaktyki uzależnień, realizowane w szkole, nie finansowane ze środków Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywaniu Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii – jakie?

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

B / Wniosek o dofinansowanie programów profilaktycznych z rozbiem na semestry.

Opis projektu:

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

Liczba dzieci objętych programem (z podziałem na klasy/grupy)

lp.	PROGRAM (TYTUŁ)	KLASA / GRUPA	IŁOŚĆ DZIECI	PLANOWANY TERMIN WYKONANIA

Imię i nazwisko osób prowadzących, ewentualnie nazwa firmy, która może prowadzić zajęcia profilaktyczne, kwalifikacje tych osób.
(wypełnić jeżeli placówka dysponuje takimi danymi)

lp.	IMIĘ I NAZWISKO PROWADZĄCEGO	NAZWA FIRMY / PLACÓWKI / ORGANIZACJI	KWALIFIKACJE

Harmonogram realizacji zadań i kosztorys:

lp.	PRZEWIDYWANA IŁOŚĆ GODZIN	WIELKOŚĆ KLASY / GRUPY	PLANOWANA IŁOŚĆ GRUP	CENA JEDNOSTKOWA	RAZEM

Łącznie przewidywana kwota wynagrodzenia:

Doposażenie, zakup materiałów pomocniczych do prowadzenia zajęć z zakresu profilaktyki:

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

C/ Dofinansowanie innych działań w zależności od potrzeb:

lp.	NAZWA DZIAŁANIA	ORGANIZATOR

Wnioskowana kwota:

Wniosek o dofinansowanie pozalekcyjnych zajęć sportowych z programem profilaktycznym lub innych zajęć związanych z promocją zdrowego stylu życia*

Liczba dzieci objętych zajęciami (z podziałem na klasy):

lp.	KLASA	IŁOŚĆ DZIECI	TERMIN WYKONANIA

Imię i nazwisko osób prowadzących zajęcia i kwalifikacje tych osób.

lp.	IMIĘ I NAZWISKO	KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH

Harmonogram realizacji zadania:

lp.	PRZEWIDYWANA IŁOŚĆ GODZIN	WIELKOŚĆ KLASY / GRUPY	PLANOWANA IŁOŚĆ GRUP	RAZEM

Koszt zadania:

lp.	WYNAGRODZENIA, PROPONOWANA STAWKA ZA 1 GODZ. PRACY	PROPOZYCJA IŁOŚCI GODZ. ZAJĘĆ W TYGODNIU

Wnioskowana kwota ogółem (B,C):

.....
miejscowość/data

.....
podpis dyrektora szkoły/placówki

* pominąć, gdy nie dotyczy