*Załącznik nr 3 do Regulaminu określającego zasady i tryb przyznawania grantów na realizację zajęć pozalekcyjnych   
w szkołach prowadzonych przez Gminę Miasto Koszalin*

**Sprawozdanie z realizacji zajęć oraz wykorzystania środków finansowych przyznanych w ramach grantu na realizację zajęć pozalekcyjnych w szkołach prowadzonych przez Gminę Miasto Koszalin**

*Sprawozdanie należy wypełnić elektronicznie*

1. **Podstawowe informacje dotyczące projektu**

|  |
| --- |
| 1. Nazwa zajęć realizowanych w ramach grantu |
|  |
| 1. Termin realizacji zajęć (od – do) |
| Termin rozpoczęcia zajęć:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   *DD MM RRRR*  Termin zakończenia zajęć:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   *DD MM RRRR* |
| 1. Rodzaj zajęć prowadzonych w ramach grantu *(w odpowiednim polu wskazać rodzaj zajęć – x)* |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | a) | rozwijające zainteresowania (wiedzowe) |  | | b) | przygotowujące do egzaminów zewnętrznych |  | | c) | sportowe |  | | d) | zajęcia wyrównawcze |  | | e) | zajęcia artystyczne |  | | f) | zajęcia wspomagające z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej |  | | g) | inne zajęcia |  | |
| 1. Szkoła, w której realizowane były zajęcia w ramach grantu |
|  |

1. **Dane realizującego**

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko nauczyciela realizującego zajęcia |
|  |
| 1. Miejsce pracy nauczyciela *(nazwa szkoły)* |
|  |
| 1. Stopień awansu zawodowego *(początkujący, mianowany, dyplomowany)* |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | nauczyciel początkujący | |  |  | nauczyciel mianowany | |  |  | nauczyciel dyplomowany | |
| 1. Zajmowane stanowisko |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | nauczyciel przedmiotu | *jakiego?* |  | |  |  | pedagog | | | |  |  | psycholog | | | |  |  | pedagog specjalny | | | |  |  | nauczyciel bibliotekarz | | | |  |  | wychowawca świetlicy | | | |  |  | logopeda | | | |  |  | doradca zawodowy | | | |  |  | nauczyciel nauki zawodu | | | |  |  | Inne stanowisko nauczycielskie | *jakie?* |  | |

1. **Szczegółowy opis zrealizowanych zajęć**

|  |
| --- |
| 1. Opis zrealizowanych zajęć |
|  |
| 1. Opis odbiorców zajęć, w tym informacja o odbiorcach o specjalnych potrzebach edukacyjnych |
|  |
| 1. Rzeczywista liczba uczestników zajęć |
|  |
| 1. Osiągnięte efekty w wyniku realizacji zajęć (wyniki diagnoz i monitoringu) |
|  |
| 1. Współpraca z innymi partnerami przy realizacji zajęć |
|  |
| 1. Miejsce realizacji zajęć *(w przypadku realizacji zajęć poza szkołą należy wskazać miejsce ich realizacji)* |
|  |

1. **Rzeczywisty koszt realizacji zajęć w ramach grantu**

|  |
| --- |
| 1. Rzeczywisty koszt realizacji zajęć ogółem (zł) |
|  |
| 1. Koszty osobowe *(wyszczególnienie)* |
|  |
| 1. Koszty rzeczowe *(wyszczególnienie)* |
|  |

1. **Własnoręczne potwierdzenie danych zawartych w sprawozdaniu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *miejscowość i data* |  | *podpis czytelny osoby realizującej zajęcia* |

1. **Potwierdzenie przez dyrektora szkoły zrealizowania projektu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| *miejscowość i data* |  | *podpis i pieczęć dyrektora szkoły* |

1. **Przyjęcie sprawozdania przez Dyrektora Wydziału Edukacji Urzędu Miejskiego w Koszalinie** *(odpowiednie zaznaczyć)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Akceptuję** rozliczenie grantu |  |  |
|  |  |  |
| **Nie akceptuję** rozliczenie grantu |  |  |

uwagi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *miejscowość i data* |  | *podpis i pieczęć dyrektora Wydziału Edukacji  Urzędu Miejskiego w Koszalinie* |