

 FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

 do konkursu pod hasłem **„**„NIE DAJ SZANSY AIDS”**”**

**Załącznik nr 2**

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika** |
| 1. | Imię: |  |
| 2. | Nazwisko; |  |
| 3. | Wiek: |  |
| **Dane przedstawiciela ustawowego** |
| 4. | Imię: |  |
| 5. | Nazwisko: |  |
| 6. | Telefon: |  |
| 7. | e-mail: |  |
| **Dane placówki szkolnej** |
| 8. | Nazwa jednostki: |  |
| 9. | Powiat: |  |
| 10. | Adres: |  |
| 11. | Telefon: |  |
| 12. | e-mail: |  |

………………………………….…………..………………………….

Podpis przedstawiciela ustawowego uczestnika