

Karta zgłoszenia „OGNIK” KP PSP Wołów

Nazwa placówki (pieczętka)	Data

Ilość osób (maks. 25 osób)	
-------------------------------	--

Przedział wiekowy grupy	
-------------------------	--

Imię, nazwisko opiekuna, (opiekunów) Telefon kontaktowy	
---	--

Termin wizyty (przewidywany) (data, godzina)	
---	--

Termin wizyty (faktyczny) (data, godzina)	
--	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie fotografii osób uczestniczących w zajęciach w sali edukacyjnej „OGNIK”	
---	--

Data i czytelny podpis opiekuna

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wykonanych fotografii na stronach internetowych Państwowej Straży Pożarnej

Data i czytelny podpis opiekuna

Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Sali edukacyjnej „OGNIK”.

Data i czytelny podpis opiekuna

Potwierdzam zapoznanie grupy dzieci/młodzieży oraz ich opiekunów z obowiązującymi zasadami BHP na terenie i obiektach Komendy Powiatowej PSP w Wołowie

Data i czytelny podpis opiekuna