|  |
| --- |
| **Dane uczestnika** |
|  | Imię: |  |
|  | Nazwisko;  |  |
|  | Wiek: |  |
| **Dane przedstawiciela ustawowego**  |
|  | Imię: |  |
|  | Nazwisko: |  |
|  | Telefon: |  |
|  | e-mail: |  |
| **Dane placówki** |
|  | Nazwa jednostki: |  |
|  | Powiat: |  |
|  | Adres: |  |
|  | Telefon: |   |
|  | e-mail: |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**
do Konkursu Państwowej Inspekcji Sanitarnej

**„Uśmiech na medal”**

**Załącznik nr 1**