



Nazwa placówki (pieczętka)	Data

Ilość grup		Przedział wiekowy grupy	
Ilość osób w grupie			

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

Proponowany termin wizyty (do uzgodnienia), (data, godzina)	
--	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie fotografii osób uczestniczących w zajęciach w Sali edukacyjnej „OGNIK”	Data i czytelny podpis opiekuna
--	---------------------------------

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wykonywanych fotografii na stronie internetowej Straży Pożarnej w Złotowie	Data i czytelny podpis opiekuna
---	---------------------------------

Oświadczam, że zapoznałem 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 Państwowej Straży Pożarnej w Złotowie **	Data i czytelny podpis instruktora
---	------------------------------------

***Pole obowiązkowe**

****Wypełnia strażak / instruktor KP PSP w Złotowie.**