****** 

PATRONAT HONOROWY

****

**Załącznik nr 1**

Karta zgłoszenia laureata etapu szkolnego

Konkursu: na **plakat** pod hasłem **„Moja rodzina wolna od papierosów” dla klas IV – V** w ramach „**Kaliskiego Tygodnia Zdrowia** **– 2024**”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwa i adres szkoły |  |
|  | Nr telefonu szkoły |  |
|  | E-mail szkoły |  |
|  | Liczba prac w etapie szkolnym |  |
|  | Imię i nazwisko zwycięzcy etapu szkoły |  |
|  | Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna  |  |
|  | Telefon kontaktowy i e - mail do rodzica/ opiekuna  |  |