*Pieczątka Szkoły Miejsce, data……………………*

Sprawozdanie z realizacji programu

„Podstępne WZW”

Nazwa placówki realizującej program:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Koordynatorzy programu w placówce:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….…

Okres realizacji programu:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Działanie realizowane w placówce/sposób realizacji | Termin realizacji | Liczba uczniów biorących udział w poszczególnych działaniach/klasa | Liczba nauczycieli biorących udział w poszczególnych działaniach | Osoba odpowiedzialna |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………… ….…………………………………………….

Podpis szkolnego koordynatora programu Podpis i pieczątka dyrektora szkoły