**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROGRAMU EDUKACJI ANTYTYTONIOWEJ**

***„NIE PAL PRZY MNIE, PROSZĘ”***

**Szkoły podstawowe – klasy I-III przystępujące do realizacji programu**

**ROK SZKOLNY 2013/2014**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Dyrektora |  |
| Nazwa i numer szkoły |  |
| Adres szkoły |  |
| Numer tel., fax., e-mail |  |
| Szkolny Koordynator Programu- Imię i nazwisko- Zajmowane stanowisko |  |
| Liczba wszystkich uczniów w klasach I-IIIw roku szkolnym 2013/2014 |  |
| Liczba klas I-III w szkole |  |
| Liczba uczniów, które zostaną objęteprogramem (klasy I-III) |  |

Pieczęć Szkoły Pieczęć i podpis Dyrektora Miejscowość, data

 W przypadku przyjęcia programu do realizacji należy formularz przesłać e-mailem psse.kwidzyn@pis.gov.pl lub faxem do Powiatowej Stacji Sanitarno –Epidemiologicznej

 w Kwidzynie na numer 55 279-22-49