****** 

PATRONAT HONOROWY

****

OZ.0341.1.31.2023

 **Szczegółowa karta zgłoszenia Szkół Ponadpodstawowych**

 **„Kaliskiego Tygodnia Zdrowia 2024”**

Proszę o zadeklarowanie się poprzez wstawienie „X” w odpowiedniej rubryce,
 w jakich działaniach, prowadzonych w ramach „Tygodnia Zdrowia” placówka będzie uczestniczyć.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data działania** | **Miejsce i godzina działania** | **Rodzaj działania i ilość uczestników** | **Szkoła deklaruje wzięcie udziału:** |
| Tak  | Nie |
| 1. | 10.06. 2024r. | **Miejsce zbiórki:** - godz.**10:45**, **Urząd Miasta** ul. Kościuszki 1A,- godz. **11:00** wymarsz,**Miejsce inauguracji**: Główny Rynek plac przed Ratuszem | Udział w przemarszu od Urzędu Miasta do Ratusza Ilość uczestników – **do** **8 uczniów** wraz z opiekunem |  |  |
| 2. | 13.06. 2024r. | **Technikum im. św. Józefa w Kaliszu** ul. Złota 144godz. rejestracji uczestników konkurencji sportowych : **8.45** godz. konkurencji sportowych: od **9.00** godz. quizów: **9.00 –10.30** | **I. Konkurencje sportowe** Zespół składa się z 8 uczniów jednej szkoły ponadpodst. rocznik 2004 i młodsi-**4 chłopcy-4 dziewczynki.**  |  |  |
| **II. Quizy o zdrowiu** – 2 uczestników |  |  |
| 3. | 02.06. 2023r. | **Technikum im. św. Józefa w Kaliszu** ul. Złota 144godz. **11:00** | Podsumowanie „Kaliskiego Tygodnia Zdrowia” – wręczenie nagród laureatom  |

1. Na przemarsz zapraszamy szkoły z transparentem (informacje dotyczące szkoły).

2. Pytania do quizu będą dotyczyć następujących tematów:

- tematyka tytoniowa,

- profilaktyka odkleszczowa,

 - racjonalne odżywianie i aktywność fizyczna,

- jedno pytanie dotyczące bezpieczeństwa (od SM i Policji),

- profilaktyka HIV/AIDS,

- profilaktyka uzależnienia od alkoholu i innych środków psychoaktywnych,

- profilaktyka raka szyjki macicy.

3. Dnia 13 czerwca równocześnie odbywać się będą konkurencje sportowe oraz quiz wiedzy. 4.Szczegóły konkurencji sportowych określa Regulamin zawodów sportowych.

\Dane do kontaktu :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa placówki z adresem |  |
| 2. | Telefon kontaktowy |  |
| 3. | e-mail |  |
| 4. | Osoba do kontaktu (imię i nazwisko) |  |

………………………………………….

podpis osoby odpowiedzialnej