

**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROGRAMIE „*Nie pal przy mnie proszę*”
W roku szkolnym 2024/2025**

Nazwa i adres placówki

.....

Liczba klas I- III, w których będzie realizowany program.....

Liczba uczniów w klasach I- III, którzy będą uczestniczyć w programie

Nazwisko i imię koordynatora

Telefon kontaktowy (koordynatora)* aktualny adres mailowy placówki

Dodatkowe uwagi

Imię i nazwisko Dyrektora

*za zgodą zainteresowanego