

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU
„NIE PAL PRZY MNIE, PROSZĘ”
rok szkolny**

1. Nazwa i adres szkoły (pieczęć):

.....
.....

2. Nr telefonu, faksu, e-mail

.....

3. Imię i nazwisko szkolnego koordynatora

.....

4. Dane kontaktowe koordynatora (e-mail, telefon):

.....

5. Liczba klas i uczniów:

Liczba klas w placówce
(deklarowana do programu):

Liczba uczniów w klasach
(deklarowana do programu):

I
II
III

I
II
III

6. Udział szkoły w programie:

po raz pierwszy

po raz kolejny

7. Udział koordynatora w programie:

po raz pierwszy

po raz kolejny

Zgodę na realizację programu w placówce uzyskano od:

.....
podpis i pieczęćka dyrektora

Deklarację prosimy przesłać pocztą tradycyjną pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów lub e-mailem: hdmipz.psse.tarnow@sanepid.gov.pl