

# Karta zgłoszenia uczestnictwa

W ścieżce edukacyjnej przy KP PSP w Stargardzie

Nazwa placówki (pieczętka)	Data

Ilość uczestników		Przedział wiekowy	
-------------------	--	-------------------	--

Imię, nazwisko opiekuna (opiekunów)	

Proponowany termin i godzina wizyty	
-------------------------------------	--

Telefon kontaktowy	
--------------------	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć osób uczestniczących w ścieżce edukacyjnej	Czytelny podpis
--	-----------------

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wykonanych zdjęć na stronach internetowych jednostek organizacyjnych PSP (KP, KW, KG)	Czytelny podpis
--	-----------------

Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin korzystania z pomieszczeń w Komendzie Powiatowej PSP w Stargardzie	Czytelny podpis
---	-----------------

---

Uzgodniony (zatwierdzony) termin wizyty *	
---	--

Osoba odpowiedzialna za grupę *	
---------------------------------	--

Komórka Organizacyjna przy KP PSP w Stargardzie (osoba zatwierdzająca wizytę)
---

\* - wypełnia pracownik KP PSP w Stargardzie