

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**SZKOŁY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROGRAMU**  
**„Wybierz Życie – Pierwszy Krok”**  
**w roku szkolnym 2024/2025**

Pełna nazwa szkoły	
Adres szkoły	
Nr telefonu, e-mail	
Liczba uczniów w klasach szkoły	
Liczba klas w szkole	
Liczba uczniów planowanych do realizacji programu	
Liczba nauczycieli chętnych do realizacji programu	
Dane koordynatora szkolnego (imię i nazwisko, telefon/ adres e-mail)	

***Powyższy formularz należy przesłać e-mailem na adres [psse.augustow@sanepid.gov.pl](mailto:psse.augustow@sanepid.gov.pl)***