Informację proszę przesłać na adres e-mail: opz.psse.opole@sanepid.gov.pl

lub na adres Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna ul. Krakowska 51,

45-047 Opole albo faksem pod numer telefonu: 77-44-28-505

**………………………… …………………….**

*Pieczęć szkoły data*

**Wyrażam zgodę, nie wyrażam zgody\*** na realizację Programu Antytytoniowej Edukacji Zdrowotnej **„Bieg po zdrowie”** w roku szkolnym 2023 / 2024

**Nazwa placówki………………………………………………………………………………**

**Adres ……………………………………………………………………………………………**

**Adres (tel./fax/e-mail): ……………………………………………………………………………..**

**Rodzaj lokalizacji( DM, MM, W\*\*)……………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba wszystkich IV klas** | **Liczba wszystkich uczniów klas IV** | **Liczba chłopców ze wszystkich IV klas** | **Liczba dziewczynek ze wszystkich IV klas** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwy IV klas, które uczestniczą w programie np. 4a, 4b** | **Liczba uczniów klas IV biorących udział w programie** | **Liczba chłopców biorących udział w programie** | **Liczba dziewczynek biorących udział w programie** |
|  |  |  |  |

**Imię i nazwisko nauczyciela/koordynatora, który będzie prowadził program**

**…………………………………………………………………………………………………**

\*\* duże miasto >400 tyś (DM); mniejsze miasto <400 tyś (MM); szkoła wiejska (W)

………………………………

Pieczęć i podpis dyrektora

\* właściwe podkreślić