

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU EDUKACYJNEGO
pt. „Nie pal przy mnie proszę”

Szkoła podstawowa przystępująca do realizacji programu
ROK SZKOLNY 2024/2025

| | | |
|---|-------------|----------------|
| Imię i nazwisko Dyrektora | | |
| Nazwa, numer szkoły adres lub pieczęć szkoły | | |
| Numer telefonu | | |
| e-mail | | |
| <i>Szkolny Koordynator Programu</i> Imię i nazwisko telefon adres mailowy | | |
| Liczba klas i uczniów, którzy <u>zostaną objęci programem</u> <u>w roku szkolnym 2024/2025</u> | | |
| Klasa | Liczba klas | Liczba uczniów |
| | | |

Podpis nauczyciela

Pieczęć i podpis Dyrektora

Miejscowość, data

.....

.....

.....

Powyższy formularz po wypełnieniu proszę przesłać listownie do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Jarosławiu lub skan formularza na adres mailowy:

oswiata.psse.jaroslaw@sanepid.gov.pl lub **Renata.Majkut-Lotycz@sanepid.gov.pl**