

**Formularz Zgłoszeniowy**  
**do Wojewódzkiego Programu Edukacyjnego**  
**pt. „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową”**  
**– edukacja młodzieży szkolnej”.**

**Szkoła przystępująca do realizacji programu**  
**ROK SZKOLNY 2024/2025**

Imię i nazwisko Dyrektora	
Nazwa i numer szkoły, adres lub pieczęć szkoły	
Numer tel., fax., e-mail	
<i>Szkolny Koordynator Programu</i> - Imię i nazwisko - telefon - adres mailowy	
Ogółem liczba klas i wszystkich uczniów w szkole	Liczba klas ..... Liczba uczniów .....
Liczba klas i liczba uczniów, którzy zostaną objęci programem „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową” – edukacja młodzieży szkolnej” w roku szkolnym 2024/2025	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**