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 edukacyjnego

“Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu

i innych środków psychoaktywnych” pt. **„ARS, czyli jak dbać o miłość?”**

**w roku szkolnym 2023 / 2024**

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

**Nazwa typu szkoły (liceum, technikum, szkoła zawodowa itp., proszę o odniesienie się do

każdego typu szkoły) ………………………………………………………….…………….**

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

**Jaka klasa danego typu szkoły?……………………………………………………………..**

**Liczba uczniów objętych programem……………………………………………………….**

**Adres (tel./fax): ……………………………………………………………………………..**

**e-mail szkoły: ………………………………………………………………………………..**

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

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

………………………………

Pieczęć i podpis dyrektora

\* właściwe podkreślić