

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**SZKOŁY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROGRAMU**  
**„Podstępne WZW”**  
**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 przesać e-mailem na adres [psse.augustow@sanepid.gov.pl](mailto:psse.augustow@sanepid.gov.pl)*