

Data .....

.....  
(Pieczęć szkoły)

**Państwowy Powiatowy Inspektor  
Sanitarny w Opolu, ul. Krakowska 51,  
45-018 Opole**

**Realizacja programu „Podstępne WZW” w roku szkolnym 2024/2025.**

<b>Lp.</b>	<b>Dane teleadresowe szkoły</b>	<b>Typ szkoły uczestniczący w realizacji programu: liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum szkoła branżowa</b>	<b>Klasa uczestnicząca w realizacji programu</b>	<b>Liczba uczniów z klasy uczestniczącej w realizacji programu</b>	<b>Imię i nazwisko szkolnego koordynatora programu</b>

.....  
(Podpis Dyrektora szkoły)