



Nazwa placówki ( pieczętka)	Data

Ilość grup			Przedział wiekowy grupy	
Ilość osób w grupie			(klasy I-III)	
Czy w grupie jest dziecko z dysfunkcjami ?				

Imię i nazwisko opiekuna (opiekunów) Telefon kontaktowy	
--	--

Proponowany termin wizyty (do uzgodnienia) (data, godzina)	
---	--

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Ścieżki Edukacyjnej „OGNIK” lub ustaleń w związku z wizytą w obiekcie Państwowej Straży Pożarnej *	Data i czytelny podpis opiekuna
--	---------------------------------

Potwierdzam zapoznanie grupy dzieci/młodzieży oraz ich opiekunów z obowiązującymi zasadami BHP na terenie i obiektach Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Czarnkowie **	Data i czytelny podpis instruktora
---	------------------------------------

**\*Pole obowiązkowe**

**\*\*Wypełnia strażak / instruktor KP PSP w Czarnkowie.**