

### Karta zgłoszenia

Nazwa placówki (pieczętka)	Data

Ilość osób (maks. 30 osób)	
-------------------------------	--

Przedział wiekowy grupy	
-------------------------	--

Imię, nazwisko opiekuna, (opiekunów)	
--------------------------------------	--

Termin wizyty (data, godzina)	
----------------------------------	--

Telefon kontaktowy do opiekuna grupy	
--------------------------------------	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie fotografii osób uczestniczących w zajęciach w sali edukacyjnej „OGNIK”	<i>Data i czytelny podpis opiekuna</i>
--	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wykonanych fotografii na stronie internetowej Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Wolsztynie	<i>Data i czytelny podpis opiekuna</i>
---	--

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Sali edukacyjnej „OGNIK”. *	<i>Data i czytelny podpis opiekuna</i>
---	--

Potwierdzam zapoznanie grupy dzieci/młodzieży oraz ich opiekunów z obowiązującymi zasadami BHP na terenie i obiektach Komendy Powiatowej PSP w Wolsztynie**	<i>Data i czytelny podpis opiekuna</i>
---	--