**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Nazwa i adres szkoły**

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

**Proszę wybrać Centrum Symulacji Medycznej**

 Łódź

 Poznań

 Białystok

 Zabrze

 Lublin

 Wrocław

 Szczecin

 Olsztyn

Jaka jest odległość od szkoły do CSM?

....................................................................................................................................................

Termin: ........................................................................................................................................

Numer telefonu i adres e-mail opiekuna/ów wycieczki: ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Liczba uczniów: ..............................., w tym uczniów niepełnosprawnych: ........................

Liczba opiekunów wycieczki: ....................................................RAZEM: ...............................

Klasa/profil: ...........................................................................................................................................

**ZATWIERDZAM**

............................................................................................

(data i podpis dyrektora szkoły