

Informację proszę przesłać na adres e-mail: [opz.psse.opole@sanepid.gov.pl](mailto:opz.psse.opole@sanepid.gov.pl)  
lub na adres Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna ul. Krakowska 51,  
45-047 Opole albo faksem pod numer telefonu: 77-44-28-505

.....  
*Pieczęć przedszkola*

.....  
*data*

**Wyrażam zgodę, nie wyrażam zgody\*** na realizację programu edukacyjnego  
“Zarazkom się nie damy, bo o siebie dbamy”  
w roku szkolnym 2024/2025

Nazwa placówki.....

Grupa wiekowa	Liczba oddziałów	Liczba dzieci w grupie
6-latki		

**Które grupy biorą udział w Programie?.....**

**Liczba dzieci:**

„6”.....

**Adres (tel./fax):** .....

**e-mail:** .....

**Imię i nazwisko nauczyciela/koordynatora, który będzie prowadził program**

.....

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora

\* właściwe podkreślić