

**Regionalna / Ogólnopolska**  
(właściwe podkreślić)  
**forma doskonalenia zawodowego nauczycieli organizowana przez  
Centrum Edukacji Artystycznej**

**XXI Warsztaty Klarinetowe im. prof. M.A. Pietrasa i prof. M. Schillera**

.....

.....

.....

(pełna nazwa formy doskonalenia)

**25 listopada 2024r. PSM I st. Starogard Gdański**

.....

(termin i miejsce formy doskonalenia)

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

.....

(imię i nazwisko nauczyciela)

**stanowisko:** .....

(dyrektor, wicedyrektor, nauczyciel przedmiotu...)

.....

.....

.....

.....

(pełna nazwa szkoły)

.....

.....

.....

(adres szkoły)

.....

(telefon szkoły oraz adres e-mail szkoły)

.....

(region Centrum Edukacji Artystycznej)

.....

(miejscowość, data zgłoszenia)

.....

(podpis nauczyciela)

.....

.....

.....

.....

(uwagi oraz pieczętka i podpis dyrektora szkoły)