

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |
| Nazwa placówki ( pieczątka) | | | | Data |
|  | | | |  |
| Ilość grup |  |  | Przedział wiekowy grupy |  |
| Ilość osób w grupie |  |  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie fotografii osób uczestniczących w zajęciach w Sali edukacyjnej „OGNIK” | Data i czytelny podpis opiekuna |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wykonywanych fotografii na stronie internetowej Straży Pożarnej  w Złotowie | Data i czytelny podpis opiekuna |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że zapoznałem się  i akceptuję Regulamin Sali Edukacyjnej „OGNIK” \* | 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 Złotowie \*\* | Data i czytelny podpis instruktora |

**\*Pole obowiązkowe**

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