Informację proszę przesłać na adres e-mail: 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 2023/2024

**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