

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU**  
**„Wybierz Życie-Pierwszy Krok”**  
**rok szkolny .....**

**1. Nazwa i adres szkoły (pieczęć):**

.....  
.....

**2. Numer telefonu, faksu, e-mail**

.....  
.....

**3. Imię, nazwisko oraz e-mail szkolnego koordynatora**

.....

**4. Dane liczbowe:**

**Liczba klas w placówce**  
**(deklarowane do programu)**

**Liczba uczniów w klasach**  
**(deklarowane do programu)**

szkoła podstawowa  
**VIII** .....

szkoła podstawowa  
**VIII** .....

szkoła ponadpodstawowa

szkoła ponadpodstawowa

**I** .....

**I** .....

**II** .....

**II** .....

**III** .....

**III** .....

**IV** .....

**IV** .....

**V** .....

**V** .....

**5. Udział szkoły w programie:**

po raz pierwszy

po raz kolejny

**6. Udział koordynatora w programie:**

po raz pierwszy

po raz kolejny

**Zgodę na realizację programu w placówce uzyskano od:**

.....  
podpis i pieczętka dyrektora

Deklarację prosimy przesłać pocztą tradycyjną pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów lub e-mailem:  
[hdmipz.psse.tarnow@sanepid.gov.pl](mailto:hdmipz.psse.tarnow@sanepid.gov.pl)