**Deklaracja przystąpienia do realizacji działań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS**

**w roku szkolnym ………………………**

**I. DANE DOTYCZĄCE SZKOŁY**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa szkoły |  |
| Adres szkoły |  |
| Numer telefonu szkoły  Adres poczty elektronicznej szkoły |  |
| Dyrektor szkoły |  |
| Szkolny koordynator wyznaczony przez Dyrektora szkoły |  |
| Adres poczty elektronicznej  do kontaktu ze szkolnym koordynatorem |  |
| Numer telefonu do kontaktu  ze szkolnym koordynatorem |  |

**II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKÓW PROGRAMU**

Planowana liczba uczestników: …………………………………. z klas: ……………………………..

………………………………………………………………. …………………………………………

(imię, nazwisko i podpis osoby upoważnionej (pieczęć szkoły)

do reprezentowania szkoły)