

.....  
miejsowość i data

AKADEMIA WIEDZY O ZDROWIU  
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

NAZWA I ADRES SZKOŁY: .....

.....

OPIEKUN SZKOLNY: .....

(imię i nazwisko)

.....

adres e-mail opiekuna szkolnego

.....

telefon kontaktowy opiekuna szkolnego

**Lista wybranych lekcji online [nie więcej niż 2]:**

TYTUŁ LEKCJI	PRZEWIDYWANA LICZBA UCZNIÓW*

\*Nie więcej niż 40 osób.

**Lista wybranych warsztatów stacjonarnych [obligatoryjnie należy wybrać 2]:**

TYTUŁ WARSZTATU	PRZEWIDYWANA LICZBA UCZNIÓW**

\*\*Nie więcej niż 36 osób.

Oświadczam, że posiadam zgody Rodziców/ Opiekunów Prawnych zgłoszonych Uczestników na udział w Akademii Wiedzy o Zdrowiu oraz zgody Rodziców/ Opiekunów Prawnych na przetwarzane danych osobowych ich podopiecznych na potrzeby niniejszego projektu.

..... Pieczęć szkoły	..... Podpis Opiekuna Szkolnego
-------------------------	------------------------------------