…………………………………………..

Miejscowość, Data

Formularz zgłoszeniowy do Projektu „Zdrowe ząbki całe życie”

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Placówki |  |
| Adres placówki oraz dane kontaktowe |  |
| Osoba odpowiedzialna za kontakt z Organizatorem i organizację Projektu na terenie Placówki Oświatowej (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail) |  |
| Orientacyjna liczba klas i uczniów, którzy wezmą udział w Projekcie (uczniowie przedszkola, uczniowie klasy 1, uczniowie klas 2-3) |  |

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki.

…………………………………………

Podpis Dyrektora placówki