****

**Zgłoszenie szkoły/przedszkola/placówki do udziału w projekcie**

Proszę o wpisanie niżej wymienionej szkoły/przedszkola/placówki na listę szkół/przedszkoli/placówek biorących udział w projekcie Kujawsko-Pomorska Sieć Szkół Promujących Zdrowie.

**Pełna nazwa szkoły/przedszkola/placówki:**

**……………………………………………………………………………………………………...**

**Dane adresowe**

Ulica, nr:……………………………………………………………………………………………

Miejscowość:……………………………………………………………………………………….

Kod pocztowy:……………………………………………………………………………………...

Poczta: ……………………………………………………………………………………………...

Telefon (z numerem kierunkowym):……………………………………………………………….

Faks (z numerem kierunkowym): ………………………………………………………………….

Adres email: ………………………………………………………………………………………..

Strona www: ……………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko dyrektora szkoły/przedszkola/placówki: …………………………………………

Imię i nazwisko szkolnego/przedszkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia:

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

Adres email szkolnego/przedszkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia:

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

Wyrażam zgodę na udział szkolnego/przedszkolnego koordynatora wraz ze szkolnym zespołem w szkoleniach dla koordynatorów organizowanych w ramach projektu Kujawsko-Pomorska Sieć Szkół Promujących Zdrowie przez Kujawsko-Pomorskie Centrum Edukacji Nauczycieli w Toruniu.

Pieczątka adresowa szkoły/przedszkola/placówki …………………………………………………

Data, podpis i pieczątka dyrektora

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