**Formularz decyzji szkoły**

Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci, zwłaszcza krótkowzroczności, w tym w związku z realizacją nauki zdalnej podczas epidemii COVID-19

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane szkoły** | |
| **1.** | Nazwa Szkoły |  |
| **2.** | Adres szkoły |  |
| **3.** | Dane kontaktowe  (numer telefonu oraz adres e-mail) |  |
| **4.** | Decyzja Szkoły | * Tak, szkoła przystępuje do programu * Nie, szkoła rezygnuje z udziału  w programie |
| **5.** | Uzasadnienie decyzji odmownej  (jeśli dotyczy) |  |
| **6.** | Łączna liczba uczniów szkoły w wieku  9 i 10 lat[[1]](#endnote-1): |  |

**Data:**

**Podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły:**

1. Proszę o uzupełnienie w przypadku decyzji szkoły o przystąpieniu do programu. [↑](#endnote-ref-1)