**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROGRAMU EDUKACJI ANTYTYTONIOWEJ IV KLAS  
„BIEG PO ZDROWIE”**

**W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres szkoły  Numer telefonu  e-mail |  | |
| Imię i nazwisko szkolnego koordynatora programu |  | |
| Liczba klas i liczba uczniów, którzy zostaną objęci programem w roku szkolnym 2024/2025 | | |
| liczba IV klas, które uczestniczyć będą w programie | | liczba uczniów IV klas, które będą brać udział w programie |
|  | |  |

Pieczęć i podpis Dyrektora