

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
- pilotażowy Program „KRAKOWSCY UCZNIOWIE RATUJĄ ŻYCIĘ”

1. Nazwa placówki -
2. Adres placówki -
3. Numer telefonu placówki -
4. E-mail placówki -
5. Osoba do kontaktu (*imię i nazwisko, e-mail, telefon*)
.....
.....
6. Klasa/klasy
.....

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/lam się z Regulaminem Programu i akceptuję jego postanowienia.

Jednocześnie oświadczam, że rodzice/opiekunowie prawni dzieci z ww. klasy:

- zostali poinformowani o uczestnictwie ich dziecka w Programie;
- zostali zapoznani z Regulaminem i akceptują jego zapisy;
- zostali zapoznani z klauzulą o przetwarzaniu danych osobowych;
- potwierdzają, że nie występują żadne przeciwwskazania zdrowotne dla uczestnictwa ich dziecka w szkoleniu.

Oświadczam, że posiadam do wglądu dokumenty potwierdzające działania, o których mowa powyżej.

Kraków, dnia r.

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora Szkoły)