Zał. nr 1 do Regulaminu

**Formularz zgłoszeniowy placówki do udziału w konkursie „ZDROWIE DLA WSZYSTKICH”**

1. **Dane dotyczące placówki szkolnej**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa placówki opiekuńczej biorącej udział w konkursie  |   |
| Adres placówki opiekuńczej (ulica i numer, kod pocztowy, miejscowość)   |    |
| Powiat  |    |
| Województwo  |    |
| Numer telefonu placówki  |    |
| Adres poczty elektronicznej szkoły/placówki  |   |
| Strona www  |    |

1. **Dane dotyczące autora**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko opiekuna- koordynatora projektu |    |
| Adres poczty elektronicznej opiekuna– koordynatora  |    |
| Numer telefonu opiekuna –- koordynatora  |    |
| Czy w zespole projektowym uczestniczą inni opiekunowie?  |

|  |  |
| --- | --- |
|   | TAK Prosimy podać ich liczbę ……………  |
|   | NIE  |

 |
| Imię i nazwisko uczestnika pracy plastycznej |  1. ……………………………………………………………..   |

Oświadczam, że zgłoszona do niniejszego konkursu praca jest wynikiem własnej twórczości uczestników konkursu i nie narusza praw autorskich oraz jakichkolwiek innych praw osób trzecich, jest wolna od wszelkich obciążeń, a także nie została zgłoszona do innych konkursów o podobnej tematyce.

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

 data imię, nazwisko i podpis opiekuna – koordynatora zespołu