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