**Załącznik nr 1**

Karta zgłoszenia uczestnika do etapu powiatowego konkursu   
pt.: „**Moje zdrowie w moich rękach**”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Adres szkoły |  |
|  | Nr telefonu szkoły |  |
|  | E-mail szkoły |  |
|  | Imię i nazwisko opiekuna |  |
|  | Telefon kontaktowy do opiekuna |  |
| .. | Imię i nazwisko ucznia, klasa |  |
| …. | ……….. |  |
| ….. | ………. |  |
|  |  |  |