



Nazwa placówki wnioskującej o warsztaty edukacyjne w Sali edukacyjnej „OGNIK” (pieczętka)	Data

Ilość osób (bez opiekunów- max 26)		Przedział wiekowy grupy (5-15 lat)	
------------------------------------	--	------------------------------------	--

Imię i nazwisko opiekuna (opiekunów) Telefon kontaktowy	
--	--

Proponowany termin wizyty (do uzgodnienia) (poniedziałki, 10:30 lub 12:00)	
---	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie oraz wykorzystanie fotografii osób uczestniczących w zajęciach w celu promowania sali edukacyjnej „OGNIK” *	Data i czytelny podpis organizatora wycieczki
---	---

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin sali Edukacyjnej „OGNIK” *	Data i czytelny podpis organizatora wycieczki
--	---

Potwierdzam zapoznanie grupy dzieci/młodzieży oraz ich opiekunów z obowiązującymi zasadami BHP na terenie i obiektach Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Pucku **	Data i czytelny podpis instruktora
--	------------------------------------

***Pole obowiązkowe**

****Wypełnia strażak / instruktor KP PSP w Pucku.**