**Załącznik nr 2**

Karta zgłoszenia uczestnika konkursu   
na LOGO „Kaliskiego Tygodnia Zdrowia – 2023”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko ucznia |  |
|  | Klasa do której uczęszcza |  |
|  | Nazwa i adres szkoły |  |
|  | Nr telefonu szkoły |  |
|  | E-mail szkoły |  |
|  | Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna |  |
|  | Telefon kontaktowy i e - mail do rodzica/ opiekuna |  |