

# KARTA ZGŁOSZENIA SALA „OGNIK”



Nazwa placówki (pieczętka)	Data

Ilość osób w grupie	
Przedział wiekowy grupy (klasa)	

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

Ustalony termin wizyty (data, godzina)	
-------------------------------------------	--

Oświadczam, że szkoła/przedszkole:  <i>posiada / nie posiada**</i>  zgode/y rodziców na wykonywania fotografii dzieci uczestniczących w zajęciach oraz publikację wykonywanych fotografii na stronie internetowej i mediach społecznościowych Komendy Powiatowej PSP w Gryficach*	
	Data i czytelny podpis opiekuna
Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Sali Edukacyjnej „OGNIK” *	
	Data i czytelny podpis opiekuna
Potwierdzam zapoznanie grupy dzieci/młodzieży oraz ich opiekunów z obowiązującymi zasadami BHP na terenie i obiektach Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Gryficach **	
	Data i czytelny podpis Instruktora

**\*Pole obowiązkowe**

**\*\*Wypełnia strażak / Instruktor KP PSP w Gryficach.**