

Data

.....

(Pieczęć szkoły)

**Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Opolu, ul. Krakowska 51,
45-018 Opole**

Realizacja programu „Podstępne WZW” w roku szkolnym 2025/2026.

Lp.	Dane teleadresowe szkoły	Typ szkoły uczestniczący w realizacji programu: liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum szkoła branżowa	Klasa uczestnicząca w realizacji programu	Liczba uczniów z klasy uczestniczącej w realizacji programu	Imię i nazwisko szkolnego koordynatora programu

.....

(Podpis Dyrektora szkoły)