

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć placówki)

**Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Elku
ul. Toruńska 6A, 19-300 Elk**

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

Dyrekcja
(nazwa placówki)

.....
(nazwa placówki c.d.)

wyraża zgodę na realizację programu „Tylko Pomyśl!” w roku szkolnym 2026/2027.

Koordinator programu (imię i nazwisko, stanowisko/nauczany przedmiot):

Telefon kontaktowy do koordynatora:

Rodzaj placówki	Ogólna liczba uczniów w szkole	Liczba uczniów biorących udział w programie	Liczba klas biorących udział w programie
Liceum ogólnokształcące			
Technikum			
Szkoła branżowa			

Adres e-mail placówki:

.....
(podpis i pieczęć dyrektora placówki)