

Formularz Zgłoszeniowy
do Ogólnopolskiego Programu Edukacyjnego
pt. „Tylko Pomyśl”.

Szkoła przystępująca do realizacji programu
ROK SZKOLNY 2026/2027

Imię i nazwisko Dyrektora	
Nazwa i numer szkoły, adres lub pieczęć szkoły	
Numer tel., fax., e-mail	
<i>Szkolny Koordynator Programu</i> - Imię i nazwisko - telefon - adres mailowy	
Ogółem liczba klas i wszystkich uczniów w szkole	Liczba klas Liczba uczniów
Liczba klas i uczniów, którzy zostaną objęci programem „Tylko pomyśl” w roku szkolnym 2026/2027	Liczba klas Liczba uczniów

Podpis nauczyciela

Pieczęć i podpis Dyrektora

Miejscowość, data

.....

.....

.....

Powyższy formularz po wypełnieniu proszę przesłać listownie do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Jarosławiu lub skan formularza na adres mailowy:

oswiata.psse.jaroslaw@sanepid.gov.pl