|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | | |
|  | Imię: |  |
|  | Nazwisko; |  |
|  | Wiek: |  |
| **Dane przedstawiciela ustawowego** | | |
|  | Imię: |  |
|  | Nazwisko: |  |
|  | Telefon: |  |
|  | e-mail: |  |
| **Dane placówki** | | |
|  | Nazwa jednostki: |  |
|  | Powiat: |  |
|  | Adres: |  |
|  | Telefon: |  |
|  | e-mail: |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**   
do Konkursu Państwowej Inspekcji Sanitarnej

**„Uśmiech na medal”**

**Załącznik nr 1**