



Zał. Nr 2

KONKURS WIEDZY O HIV/AIDS DLA GIMNAZJALISTÓW
PH. „NIE DAJ SZANSY AIDS”
ROK SZKOLNY 2015/2016

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZNIÓW DO ETAPU POWIATOWEGO

(3 OSOBY WYŁONIONE W ELIMINACJACH SZKOLNYCH-ZGODNIE Z REGULAMINEM)

L. p.	Imię i nazwisko ucznia:	Szkoła :	Adres (ulica, kod pocztowy, poczta):	telefon: e-mail:	Imię i nazwisko nauczyciela/opiekuna	Liczba uczestników etapu szkolnego (zgodnie z protokołem komisji szkolnej)
1.						
2.						
3.						

Bardzo prosimy o wpisanie aktualnych adresów e-mail oraz numerów telefonów

Termin zgłoszenia: do **4 -go grudnia 2015**

na adres:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

w Nowym Targu, ul. Jana Kazimierza 6

tel.: 18 2663165, 18 2662914, fax: 18 2669777

e – mail: oz_nowytarg@wsse.krakow.pl

z dopiskiem: „**Powiatowy Konkurs Wiedzy o AIDS**”