

**ZGŁOSZENIE DO KONKURSU WIEDZY Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY
20.10.2015 R. SKRZYPNE**

1. Nazwa i adres szkoły

.....
.....

2. Imię i nazwisko uczestnika Konkursu, klasa

.....
.....

3. Imię i nazwisko opiekuna uczestników, telefon kontaktowy

.....

.....

(podpis opiekuna)

.....

(pieczętka i podpis dyrektora)

.....

(miejsowość, data zgłoszenia)