

**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ DLA UCZNIÓW Z KLAS VII – VIII Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

Ja niżej ja podpisana(y) zgłaszam do programu :

.....  
*Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami*

*PESEL*

Ucznia klasy..... Szkoły Podstawowej nr .....

Zamieszkałego.....

1. Czy ww. dziecko brało udział w podobnym programie w ciągu 12 miesięcy od chwili zgłoszenia ? TAK / NIE

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w programie,
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....  
*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna , podpis*

*nr tel.*

**Program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego**



**MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY**

	Płock	Oddział Warszawa	Oddział Radom
Tel:	24 262 87 48	22 560 00 40	48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl
	NIP: 774-15-46-233	REGON 000301569	KRS 0000139991