Załącznik nr 1 do pisma nr IFPS/1935/17

**ZGODA SZKOŁY NA UDZIAŁ W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH SŁUCHU DLA UCZNIÓW KLAS PIERWSZYCH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO W ROKU SZKOLNYM 2017/2018.**

wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

na udział ....................................................................................................................................

*nazwa i adres szkoły (drukowanymi literami) lub pieczątka szkoły*

we wskazanym Programie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Liczba uczniów kl. I w roku szkolnym 2017/2018:** ………………………………………………………………………………………..

**Planowane terminy zebrań z rodzicami/opiekunami:** ………………………………………………………………………………….

(informujemy, że skontaktujemy się z Państwem w celu potwierdzenia możliwości organizacji spotkania informacyjnego
w ww. terminach)

Jednocześnie informuję, że **osobą koordynującą** realizację Programu ze strony Szkoły jest Pan(i)

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): ……………………………………………………………………………………………………….

Dane kontaktowe: ........................................................................................................................................

*numer telefonu, adres e-mail (drukowanymi literami)*

………………………………………………………………………….

Podpis Dyrektora szkoły lub osoby upoważnionej