***Załącznik nr 2***

***Pieczęć szkoły***

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE SZKOŁY**

**DOMAZOWIECKIEJ SIECI SZKÓŁ I PRZEDSZKOLI PROMUJĄCYCH ZDROWIE**

Zgłaszam chęć przystąpienia naszej szkoły:

........................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

do Mazowieckiej Sieci Szkół i Przedszkoli Promujących Zdrowie.

**INFORMACJE O PLACÓWCE:**

1. Nazwa…………………………………………………………………………...………

Adres(kod) ……………………………………………………………………..……….

Telefon…………………………. fax……………………

email…..........................................................................

strona www……………………………………………….

Imię i nazwisko Dyrektora…………………………………………….………………

Imię i nazwisko Szkolnego Koordynatora ds. Promocji Zdrowia………………...

**Podpisy:**

Dyrektor (pieczęć i podpis) ………………………………………………………………….

Szkolny Koordynator ds. Promocji Zdrowia……………………………………………….

Członkowie Szkolnego Zespołu ds. Promocji Zdrowia………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Przewodniczący Rady Szkoły/Rady Rodziców…………………………………………...

Miejscowość……………………………………. Data………………………………..

**Do wniosku proszę dołączyć sprawozdanie – *Załącznik 2a***