

ZAŚWIADCZENIE O WSPÓŁPRACY ZE SZKOŁĄ

w celu uzyskania dostępu do Serwisu i udziału w Programie "FITSCHOOL"

Nazwa placówki oświatowej:			
Adres siedziby i dane kontaktowe	Województwo:		
	Powiat:		
	Gmina:		
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
	Ulica:	Nr:	
	Telefon:	e-mail:	

Niniejszym zaświadczam, że Pani/Pan:

Imię:

Nazwisko:

jest osobą zatrudnioną w roli nauczyciela w ww. placówce oświatowej.

..... (miejsce i data) (pieczęć placówki) (pieczęć i podpis osoby uprawnionej)
---------------------------	-----------------------------	---

Szczegóły dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się na www.fitschool.pl