**KALISKA PRZYGODA Z ODPADAMI**

***ZGŁOSZENIE***

1. Dane teleadresowe placówki:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa** |  |  |  |  |  |
| **ulica** |  |  |  |  |  |
| **kod** |  | **miejscowość** |  |  |  |
| **telefon** |  |  | **fax** |  |  |
| **e-mail** |  |  |  |  |  |
| **powiat** |  | **gmina** |  | **dzielnica** |  |

1. Dane osoby/osób odpowiedzialnych za realizację projektu i przygotowanie sprawozdania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **nauczany przedmiot** |  |
| **telefon kontaktowy**  |  |
| **e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **nauczany przedmiot** |  |
| **telefon kontaktowy**  |  |
| **e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **nauczany przedmiot** |  |
| **telefon kontaktowy**  |  |
| **e-mail** |  |

*Projekt może realizować dowolna liczba nauczycieli. Jeśli ich liczba jest wyższa, to prosimy o skopiowanie zgłoszenia.*