**WNIOSEK O NADANIE WOJEWÓDZKIEGO CERTYFIKATU SZKOŁA PROMUJĄCA ZDROWIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkoły/placówki:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Telefon:** | **E-mail:** | **Strona www:** |
| **Imię i nazwisko dyrektora szkoły/placówki** |  |
| **Imię i nazwisko szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia** |  |

**W imieniu społeczności szkolnej proszę o nadanie naszej szkole wojewódzkiego certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie.**

Podpis dyrektora szkoły/placówki Podpis szkolnego koordynatora

ds. promocji zdrowia

……………………………………. …………………………………….

Miejscowość, data:

……………………………………