Załącznik 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. **Nazwa przedszkola**

1. **Adres**
2. **Telefon**
3. **E-mail**
4. **Osoba do kontaktów**
5. **Kryteria** (właściwe zaznaczyć **X**):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.1** | przedszkole, które po uzyskaniu zgody rodziców zapewni udział w projekcie co najmniej dwóch grup przedszkolnych  w wieku 4-6 lat (pojedyncza grupa od 15 do 25 dzieci) |  |
| **6.2** | posiadanie ubezpieczenia dzieci biorących udział w projekcie |  |
| **6.3** | wyrażenie zgody na realizację zadań projektowych  w przedszkolu |  |

**7.** Zgłaszam dwie grupy przedszkolne, dzieci w wieku 4 do 6 lat, do udziału   
w zajęciach z zakresu edukacji z pierwszej pomocy dla przedszkolaków

**8.** Zobowiązuję się do przekazania informacji(plakatu, ulotki, formularza zgłoszeniowego) rodzicom, opiekunom dzieci, kadrze przedszkola o możliwości wzięcia udziału w szkoleniu pn. „Podstawowe zabiegi resuscytacyjne i automatyczna defibrylacja zewnętrzna”.

**9.** Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do projektu.

**10.** Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na realizację zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przedszkolu.

**11.** Data wysłania formularza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data, miejsce |  | Podpis Dyrektora |