|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA SZKOŁA / PLACÓWKA** | | |
| **Nazwa szkoły/placówki**  (adres, telefon/fax, pieczątka) |  | |
| **Osoba do kontaktu**  (telefon, email) |  | |
| **Temat/zakres tematyczny szkolenia** |  | |
| **Proponowany termin szkolenia** (data, godzina) |  | |
| **Proponowana liczba godzin szkolenia** |  | |
| **Liczba uczestników szkolenia** |  | |
| **Forma** | stacjonarnie | online |
| **Sprzęt w posiadaniu szkoły/placówki** | komputer | rzutnik |