**KW**-14

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**SZKOŁY / PRZEDSZKOLA**

**do**

**kompleksowego wspomagania**

**w roku szkolnym ………………….**

Nazwa szkoły /przedszkola ………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………….

TEL/FAX/e-mail: ………………………………………………………………………..

Zgłaszam szkołę /przedszkole **………………………..**

do kompleksowego wspomagania prowadzonego przez PODNiDM,

celem podniesienia jakości pracy we wspólnie ustalonym poprzez diagnozę – obszarze.

Proponowany okres wspomagania szkoły/przedszkola …………………………….........

…………………………………………………………………………………………….

Data zgłoszenia …………………………………………………………………………...

 ……………………………………………..

 *Pieczęć i podpis dyrektora szkoły/przedszkola*