

**CDN**Centrum Doskonalenia Nauczycieli
w Koninie**KOMPLEKSOWE WSPOMAGANIE SZKÓŁ
I PLACÓWEK OŚWIATOWYCH****FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****do „Kompleksowego Wspomagania Szkół i Placówek Oświatowych”
prowadzonego przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie**

*Zgłaszam udział szkoły/placówki w „Kompleksowym Wspomaganiu Szkół i Placówek Oświatowych”
prowadzonym przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie.*

Nazwa szkoły/placówki	
Adres szkoły/placówki	
Powiat	
Gmina	
Telefon	
e-mail	
NIP	
Imię i nazwisko dyrektora szkoły/placówki	
Liczba nauczycieli	

Uwagi

*Pieczęć szkoły**Data i podpis dyrektora szkoły/placówki*