

**CDN**Centrum Doskonalenia Nauczycieli  
w Koninie**KOMPLEKSOWE WSPOMAGANIE SZKÓŁ**

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do „Kompleksowego wspomagania szkół”  
prowadzonego przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie

*Zgłaszam chęć wzięcia udziału szkoły/placówki w „Kompleksowym wspomaganiu szkół” prowadzonym przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie.*

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

**Uwagi**

---

---

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