ŽÁDOST O ZAPOJENÍ DO PROJEKTU

Čtyřlístek pomoci z.s.

Název školy:

Adresa školy:

Po seznámení se s projektem „Čtyřlístek pomoci z.s. (www.ctyrlistek-pomoci.cz), má naše škola zájem o zapojení do tohoto projektu.

Projekt bude realizován jako jednoroční program pro postižené děti a asistenční psy.

Pro účinnou pomoc postiženým dětem ve školním roce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Do projektu bude zapojeno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ žáků \_\_\_\_\_\_\_\_\_ třídy.

Jméno a příjmení odpovědné osoby:

Jméno a příjmení koordinátora projektu na škole:

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_