



WIELKOPOLSKI INSTYTUT KSZTAŁCENIA PRZEDMEDYCZNEGO
NIEPUBLICZNA PLACÓWKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz
tel. +48 515 400 001
e-mail: biuro@paab.pl
www.paab.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECI I MŁODZIEŻY

Kurs pierwszej pomocy przedmedycznej

| | |
|---|---|
| Pełna nazwa Szkoły Dane do wystawienia faktury | (pełna nazwa szkoły kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer.) |
| NIP Szkoły | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |
| Miejsce kursu | |
| Imię i nazwisko zamawiającego | |
| Rodzaj szkoły* | |
| Uzgodniona cena usługi | |

| Typ kursu | Łączna ilość kursantów | Daty i godziny kursów |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | | |

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis zamawiającego i pieczęć firmowa)

***Charakterystyka Szkoły**

Opisz krótko rodzaj szkoły – Przedszkole, Szkoła podstawowa, Gimnazjum, Szkoła średnia itp. Określ profil szkoły. Pozwoli nam to uszczegółwić program szkolenia na potrzeby Państwa Szkoły. Zawsze odnosimy się do występujących zagrożeń oraz przepisów BHP w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

***Typ kursu**

- 1. I etap (ED-I-Z)** - dla dzieci w wieku 5-8 lat z klas „0”
- 2. I etap (ED-I)** - dla dzieci w wieku 5-8 lat z klas 1-2
- 3. II etap (ED-II)** - dla dzieci w wieku 8-11 lat z klas 3-4
- 4. III etap (ED-III)** - dla dzieci w wieku 11-15 lat z klas 5-6
- 5. IV etap (ED-IV)** - dla młodzieży powyżej 15 lat - gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne

UWAGA wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami!