



**POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI I POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ  
W WOŁOWIE**

ul. Tadeusza Kościuszki 27, 56-100 Wołów

tel./fax ( 0 71) 389 21 00 e- mail : [wpodn@wolowpce.pl](mailto:wpodn@wolowpce.pl) [www.wolowpce.pl](http://www.wolowpce.pl)

**Zgłoszenie szkoły do udziału**

**w XV Powiatowym Konkursie Matematycznym.....**

Szkoła .....

.....

w.....tel.....

email.....

zgłasza swój udział w Powiatowym Konkursie Matematycznym dla uczniów szkół podstawowych

w kategorii klas .....

Nauczyciel/ opiekun .....

.....

/ imię i nazwisko, tel. kontaktowy, adres email /

Oświadczam, że akceptuję regulamin konkursu oraz harmonogram.

.....

(podpis Nauczyciela/Opiekuna)

(Pieczęć i podpis Dyrektora szkoły)