



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

ul. Tadeusza Kościuszki 27, 56-100 Wołów  
tel. (71) 389 21 00 e- mail: [wpodn@wolowpce.pl](mailto:wpodn@wolowpce.pl) [www.wolowpce.pl](http://www.wolowpce.pl)

Załącznik 1

**Zgłoszenie szkoły do udziału  
w POWIATOWYM KONKURSIE JĘZYKÓW OBCYCH  
„Młody Poliglota”  
dla uczniów klas VII – VIII szkół podstawowych**

Nazwa szkoły:

.....  
.....

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

e-mail.....

zgłasza swój udział w Powiatowym Konkursie Językowym „Młody Poliglota” dla uczniów szkół podstawowych.

Jako drugi język uczniowie wybierają : .....

Nauczyciel/ opiekun

.....

/ imię i nazwisko, tel. kontaktowy, **adres e-mail, na który zostanie przesłany arkusz konkursowy/**

Oświadczam, że akceptuję regulamin konkursu oraz harmonogram.

.....

(podpis nauczyciela/opiekuna)

Wypełniony i podpisany formularz prosimy przesłać do 28 lutego 2024 r. w formie elektronicznej na adres: [wpodn@wolowpce.pl](mailto:wpodn@wolowpce.pl)