

Az ÁNTSZ Közép-Dunántúli Regionális Intézete Egészségfejlesztési Osztályának
dohányzás prevenció programja



Belépési nyilatkozat osztályszerződés

Részt kívánunk venni a „Füstmentes osztályok versenyében”. Megígérjük, hogy egyáltalán nem dohányzunk a program teljes ideje alatt.

Iskola teljes neve: _____
Osztály: _____
Osztályfőnök neve: _____
Postai címe: _____
Irányítószáma: _____
Faxszám: 06- _____ Telefonszám: 06- _____
Osztályfőnök e-mail címe: _____
Diák kapcsolattartó neve, e-mail címe: _____ _____

Az osztály teljes létszáma:

Hiányzók száma:

....., 2008.

.....

osztályfőnök

.....

diák kapcsolattartó