**FORMULARZ RAPORTOWY DO ZADANIA CERTYFIKACYJNEGO**

**ZA MIESIĄC …………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Szkoły** |  |
| **Data wypełnienia formularza** |  | **Imię i nazwisko przedstawiciela szkoły (koordynator\_ka Szkoły Myślenia Pozytywnego)** | **MAŁGORZATA KRÓL**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer/numery wykonanego zadania certyfikacyjnego:** |  |
| **Opis realizacji działań** |
|  |
| **Wnioski z realizacji zadania certyfikacyjnego (informacja zwrotna, rezultaty)** |
|  |
| **Liczba uczniów i uczennic / Nauczycieli / Rodziców / Pracowników szkoły / Innych osób zaangażowanych w realizację zadania** |
|  |
| **Linki do zdjęć/filmików w social mediach / w chmurze itp.** |
|  |