

ÓRAIGÉNYLÉSI LAP

4. osztályosoknak

Drogprevenció

Iskola: _____

Osztály: _____

4. osztály	Osztályfőnök neve	Osztályfőnöki óra ideje	Osztályfőnöki óra helye	Óraszám	Az Egészségmegőrzési Központ visszajelzése	
				4	Órák időpontja	Előadó neve

Tisztelt Osztályfőnök!

Kérjük, segítse munkánkat azzal, hogy az óraigényléseket ezen a lapon juttatja vissza az Egészségmegőrzési Központba.

Köszönjük

