



Objednávka programů primární prevence

Název zařízení	
Ulice, č.p.	
Město, PSČ	
IČO	
Jméno ředitele	
Kontaktní osoba	
Telefon	
E mail	
Forma úhrady	hotovostně / bezhotovostně

Název programu	Pro třídu / skupinu	Počet osob	Navrhovaný termín	Čas od – do

Poznámka: Zde prosím popište specifické požadavky na obsah a zaměření programu (jestliže se liší od standardní nabídky) a zaznamenejte informace, které by mohly ovlivnit průběh programu (narušené klima třídy/skupiny, výskyt konkrétního nežádoucího sociálního jevu apod.)

--