………………………..*……*

*miejscowość, dnia*

………………………………………….

*imię i nazwisko nauczyciela/nauczycieli*

…………………………………….……

*(nazwa szkoły/placówki)*

**ZGODA NAUCZYCIELA/ NAUCZYCIELI,**

**KTÓRZY BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W INNOWACJI PEDAGOGICZNEJ**

*§ 4 ust. 2 pkt 1*

*rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 9 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków prowadzenia działalności innowacyjnej i eksperymentalnej przez publiczne szkoły i placówki (Dz.U. z 2002 r. Nr 56, poz. 506 z późn. zm.)*

Wyrażam zgodę na włączenie się w realizację innowacji pedagogicznej pod nazwą ***„………………………………….”*** w …………………………...………….…..………..……

…………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa szkoły, numer)*

w okresie …………………………… .

*(czas trwania)*

………..………….........

*( podpis/podpisy)*