Zgłoszenie uczestnictwa

w konkursie pt.

„Międzywojewódzki Festiwal Krótkich Filmów o HIV”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1**.** | **Nazwa szkoły** |  |
| 2**.** | **Adres szkoły** |  |
| 3**.** | **Nr telefonu** |  |
| 4**.** | **e-mail** |  |
| 5**.** | **Tytuł filmu** |  |
| 6**.** | **Liczba osób w zespole (maks. 5)** |  |
| 7**.** | **Imiona i nazwiska członków grupy** |  |
| 8**.** | **Autor scenariusza** |  |
| 9**.** | **Imię i nazwisko opiekuna grupy** |  |
| 10**.** | **Telefon kontaktowy i adres e-mail opiekuna grupy** |  |

**miejscowość, data**

**pieczątka placówki**

czytelny podpis dyrektora placówki