

Karta zgłoszenia

na

XIII Edycję Przeglądu Małych Form Teatralnych dot. HIV/AIDS oraz Uzależnień 2024

1.	Nazwa szkoły, adres, tel. kontaktowy	
2.	Imię i nazwisko opiekuna grupy, tel. kontaktowy	
3.	Tytuł spektaklu:	
4.	Ilość uczestników:	
5.	Imiona i nazwiska uczestników grupy (max. 8 osób)	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.
6.	Czas trwania spektaklu:	
7.	Wymogi sceniczne:	- Światło - Dźwięk - Inne: ławki, krzesła -

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka placówki

.....
podpis dyrektora placówki