

Formularz zgłoszeniowy dla szkół

Konkurs plastyczny „Zdrowie psychiczne – wyraż je artystycznie”

Nazwa i adres szkoły:

--

Liczba zgłoszonych prac konkursowych:

Lp.	Imię i nazwisko ucznia	klasa

* W razie konieczności należy rozszerzyć tabelę o kolejne rekordy

Imię i nazwisko opiekuna szkolnego Konkursu:

.....

Adres e-mail w miejscu zatrudnienia:

.....

Telefon kontaktowy w miejscu zatrudnienia:

.....

Złożenie formularza zgłoszeniowego jest równoznaczne z akceptuję regulamin Konkursu pn. „Zdrowie psychiczne – wyraż je artystycznie” organizowanego przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.

.....

(data, pieczęć i podpis dyrektora)