

KARTA ZGŁOSZENIA
na Ogólnopolski Dziecięcy Festiwal Słowa
Starachowice 2015
XXV OGÓLNOPOLSKI
MAŁY KONKURS RECYTATORSKI

Imię i nazwisko uczestnika:

Adres zamieszkania, telefon:

.....

Data urodzenia, klasa:

Placówka, instytucja delegująca:

.....

repertuar:

TURNIEJ RECYTATORSKI (poezja, proza, autor, tytuł):

.....

.....

.....

.....

.....

TURNIEJ „WYWIEDZIONE ZE SŁOWA”

(zwięzły scenariusz z podaniem wykorzystanych utworów):

.....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna (adres, telefon):

.....

Niezbędne warunki techniczne:

.....

.....

.....

pieczęć placówki

podpis opiekun

KARTA ZGŁOSZENIA
na Ogólnopolski Dziecięcy Festiwal Słowa
Starachowice 2015
XXV OGÓLNOPOLSKI
MAŁY KONKURS RECYTATORSKI

Imię i nazwisko uczestnika:

Adres zamieszkania, telefon:

.....

Data urodzenia, klasa:

Placówka, instytucja delegująca:

.....

repertuar:

TURNIEJ RECYTATORSKI (poezja, proza, autor, tytuł):

.....

.....

.....

.....

.....

TURNIEJ „WYWIEDZIONE ZE SŁOWA”

(zwięzły scenariusz z podaniem wykorzystanych utworów):

.....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna (adres, telefon):

.....

Niezbędne warunki techniczne:

.....

.....

.....

pieczęć placówki

podpis opiekuna

**POTWIERDZENIE AKREDYTACJI
UCZESTNIKÓW/OPIEKUNÓW**
(załącznik do kart zgłoszenia)

Akredytację zgodnie z regulaminem w wysokości 100 zł za każdego uczestnika Finału oraz 150 zł za każdego opiekuna/instruktora przekażemy na konto SCK przelewem. W przypadku nie korzystania ze świadczeń bytowych (noclegi, wyżywienie) obowiązuje wpłata wpisowego w wysokości 30 zł od osoby.

Opiekun

*Dyrekcja placówki
delegującej*

.....

.....

Miejscowość, data

**POTWIERDZENIE AKREDYTACJI
UCZESTNIKÓW/OPIEKUNÓW**
(załącznik do kart zgłoszenia)

Akredytację zgodnie z regulaminem w wysokości 100 zł za każdego uczestnika oraz 150 zł za każdego opiekuna/instruktora przekażemy na konto SCK przelewem. W przypadku nie korzystania ze świadczeń bytowych (noclegi, wyżywienie) obowiązuje wpłata wpisowego w wysokości 30 zł od osoby.

Opiekun

*Dyrekcja placówki
delegującej*

.....

.....

Miejscowość, data