

**ZGŁOSZENIE  
SZKOŁY DO UDZIAŁU W VI POWIATOWYM PRZEGLĄDZIE  
MAŁYCH FORM TEATRALNYCH**

1. Nazwa szkoły:.....

2. Adres szkoły: .....

3. Telefon i e-

mail: .....

4. Kategoria wiekowa:

- 9 lat do 12 lat – I grupa
- 13 lat do 16 lat – II grupa

5. Dane uczniów, biorących udział w spektaklu:

1) .....  
(imię i nazwisko)

2) .....  
(imię i nazwisko)

3) .....  
(imię i nazwisko)

4) .....  
(imię i nazwisko)

5) .....  
(imię i nazwisko)

6) .....  
(imię i nazwisko)

7) .....  
(imię i nazwisko)

8) .....  
(imię i nazwisko)

9) .....  
(imię i nazwisko)

10) .....

(imię i nazwisko)

11) .....

6. Nazwa grupy teatralnej: .....

7. Tytuł spektaklu: .....

8. Przewidywany czas trwania spektaklu: .....

9. Imię/imiona i nazwisko/nazwiska opiekuna/opiekunów grupy teatralnej: .....

.....

**Data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły/placówki:**

.....