

**Zgłoszenie uczestnictwa  
do konkursu pt.  
„II Pomorski Festiwal Krótkich Filmów o HIV”**

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

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć placówki

.....  
czytelny podpis dyrektora placówki