

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

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka placówki

.....
czytelny podpis dyrektora placówki