

Formularz zgłoszenia projektu do udziału w konkursie pt.:

„TWOJA DZIELNICA TWÓJ FILM”

Tytuł projektu		
Imię i nazwisko autora lub autorów projektu	1. 2. 3.	wiek 1. 2. 3.
Telefon kontaktowy	1. 2. 3.	
Kontaktowy adres e-mail do autora/autorów projektu		

Akceptuję regulamin konkursu

Podpis uczestnika konkursu (jeśli jest pełnoletni lub rodzica / opiekuna prawnego)

.....