

Formularz zgłoszenia projektu do udziału w konkursie pt.:

„TWOJA DZIELNICA TWÓJ FILM”

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

Akceptuję regulamin konkursu

☐

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w celach promocyjnych konkursu

☐

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

.....