

**XVII MIEJSKO – GMINNY PRZEGLĄD TEATRZYKÓW
DZIECIĘCYCH**

Karta zgłoszenia zespołu

Nazwa szkoły.....

Nazwa zespołu

Tytuł i czas trwania przedstawienia

.....

Imię i nazwisko opiekuna zespołu

Ilość dzieci

Z uwagi na warunki lokalowe prosimy o ograniczenie liczebności zespołu do 10 osób.

Zgłoszenie udziału w przeglądzie jest równoznaczne z akceptacją regulaminu