

XXIV Przegląd Zespołów Artystycznych Szkół i Placówek Specjalnych

22.09.2015r.



KARTA ZGŁOSZENIA

| | |
|--|----------------------|
| 1. Placówka <i>(pełna nazwa, adres, telefon)</i> | |
| | |
| 2. Telefon kontaktowy | |
| | |
| 3. Strona WWW | |
| | |
| 4. Adres mailowy | |
| | |
| 5. Imię i nazwisko instruktora(ów) oraz tel. kontaktowy | |
| | |
| 6. Przedstawienie – tytuł | |
| | |
| 7. Czas trwania spektaklu | |
| 8. Czas potrzebny na przygotowanie sceny | |
| 9. Liczba opiekunów | |
| 10. Liczba innych osób towarzyszących | |
| 11. Czy w Przeglądzie biorą udział osoby na wózkach? Jeżeli tak, to ile osób? | |
| | |
| 12. Czas występu – proszę podać w jakim przedziale godzinowym zespół mógłby wystąpić. | Od godz. do godz. |
| 13. Warunki techniczne spektaklu/występu <i>(CD, odsłuch, ilość mikrofonów, nagłośnienie, podłączenie instrumentu i inne szczególne potrzeby dot. scenografii)</i> | |

14. Imiona i nazwiska wykonawców (CZYTELNIE, DRUKIEM)

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 10. |
| 2. | 11. |
| 3. | 12. |
| 4. | 13. |
| 5. | 14. |
| 6. | 15. |
| 7. | 16. |
| 8. | 17. |
| 9. | 18. |

Oświadczam, że wyżej wymienione osoby biorące udział w przeglądzie posiadają aktualne ubezpieczenie NW.

Wyrażamy zgodę na rejestrację fotograficzną i filmową prezentowanych spektakli i widowisk, oraz ich prezentację w materiałach popularyzujących działania artystyczne osób niepełnosprawnych.

Pieczęć Placówki

Dyrektor/Kierownik Placówki