



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАЦИОНАЛЕН УЧЕНИЧЕСКИ КОНКУРС

„ПРОЕКТЪТ НА НАШИЯ КЛАС – ЗА ЖИВОТ БЕЗ ТЮТЮН 7”

ФОРМУЛЯР ЗА ОТЧИТАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ

ВТОРА ФАЗА

20 декември 2015 г. – 10 май 2016 г.

Моля попълнете формуляра на компютър и приложете отчет за реализираните дейности в максимален обем от 5 страници.

Непълни формуляри няма да бъдат разглеждани.

**I. ИНФОРМАЦИЯ ЗА УЧИЛИЩЕТО**

1. Пълно наименование на училището:
2. Лице за контакти:
3. Длъжност на лицето:
4. Телефон:
5. Факс:
6. Електронен адрес:
7. Пощенски адрес:
8. Паралелка/клас/ випуск:
9. Брой ученици в паралелката/класа/випуска:

**10. Брой лица включили се в дейностите на проекта:**

**Учители/ръководители**

.....

**Родители**

.....

**Други (посочете групите)**

.....

Моля положете подписа си в уверение на това, че посочената от Вас информация е достоверна.

**Подпис:**

(на ръководителя по изпълнението на проекта)

**Подпис:**

(на директора на училището с печат)