Projekt „Muzykalny Szczecin”

1. Nazwa placówki (Przedszkole, Szkoła)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

1. Termin/godzina/miejsce – …………………………. godz. 10.00 Państwowa Szkoła Muzyczna I stopnia im. T. Szeligowskiego w Szczecinie, al. Wojska Polskiego 115
2. Ilość dzieci/uczniów ……………………………………………………………………………...
3. Ilość opiekunów ………………………………………………………………………….......
4. Imię i nazwisko osoby do kontaktu ……………………………………………………………………………...
5. Numer telefonu ………………………………………………………………………….......
6. Adres e-mail ……………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………........

Data, podpis Dyrektora placówki