



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
В ПАРТНЬОРСТВО С:
МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА
МИНИСТЕРСТВО НА МЛАДЕЖТА И СПОРТА
МИНИСТЕРСТВО НА КУЛТУРАТА
МИНИСТЕРСТВО НА ОКОЛНАТА СРЕДА И ВОДИТЕ
ДЪРЖАВНА АГЕНЦИЯ ЗА ЗАКРИЛА НА ДЕТЕТО



РЕГИОНАЛНИЯ ОФИС НА
СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА
ОРГАНИЗАЦИЯ В БЪЛГАРИЯ



БЪЛГАРСКИ МЛАДЕЖКИ ЧЕРВЕН КРЪСТ

НАЦИОНАЛЕН УЧЕНИЧЕСКИ КОНКУРС
„ПОСЛАНИЦИ НА ЗДРАВЕТО”

ФОРМУЛЯР ЗА ОТЧИТАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ

ВТОРА ФАЗА

20 май – 30 октомври 2024 г.

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

Непълни формуляри няма да бъдат разглеждани.

1. Име на проекта:
2. Пълно наименование на училището:
3. Лице за контакти:
4. Длъжност на лицето:
5. Телефон (стационарен и мобилен):
6. Факс:
7. Електронен адрес:
8. Пощенски адрес:
9. Паралелка/клас/випуск:
10. Брой ученици в паралелката/класа/випуска:
11. Брой лица, включили се в дейностите по 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)

Представяне на осъществените по проекта дейности, на постигнатите резултати, на начините за справяне с предизвикателствата, за прилагане на получения опит и др., (посочени във формуляра за първа фаза) във вид на текст (не в таблица).