



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

01 април – 30 октомври 2025 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).**