



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАЦИОНАЛЕН УЧЕНИЧЕСКИ КОНКУРС
„ПОСЛАНИЦИ НА ЗДРАВЕТО”

ФОРМУЛЯР ЗА ОТЧИТАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ
ВТОРА ФАЗА

25 декември 2018 г. – 10 май 2019 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 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)

Описание в текстуален вид (не в таблица) на извършените по проекта дейностите, постигнати резултати, справяне с предизвикателствата, прилагане на получения опит и др., (посочени във формуляра за първа фаза)