

(бланк закладу освіти)

ЗАЯВКА

на участь у обласному заочному конкурсі „Космічні фантазії” 2025

(найменування організації)

просить допустити до участі у Конкурсі учасників:

№ з/п	ПІБ учасника	Дата народж., вік учасника	Номінація, жанр	Заклад освіти	Клас, гурток	Назва роботи	ПІБ керівника, телефон, e-mail	Телефон, e-mail учасника

Директор_____

М.П.