



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАЦИОНАЛЕН УЧЕНИЧЕСКИ КОНКУРС  
„ПОСЛАНИЦИ НА ЗДРАВЕТО”

ФОРМУЛЯР ЗА ОТЧИТАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ  
ВТОРА ФАЗА

25 декември 2017 г. – 10 май 2018 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):**