«باسمه تعالی»

فرم ثبت نام گروه های نمایشی هشتمین **جشنواره منطقه ای تئاترافراد دارای معلولیت «زاگرس»**

**زمان: شانزدهم لغایت نوزدهم آذر ماه 1403**

|  |
| --- |
| اطلاعات گروه نمایشی |
| **نام سرپرست گروه:**  **تلفن ثابت:**  **تلفن همراه:**  **نمابر:**  **پست الکترونیکی:**  **آدرس پستی:** |

**(اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه)**

|  |
| --- |
| **شرح مختصری ازگروه : ( پیشینه گروه ، سال شکل گیری ، اجراها، و........)**  **حداکثر 200 کلمه** |
|  |

|  |
| --- |
| تعداد اعضای گروه |
| **بازیگران : زن : مرد :**  **عوامل اجرایی : زن** **: مرد :**  **جمع :** |

لیست شرکت کنندگان :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **تاریخ تولد** | **جنسیت** | | **نوع معلولیت** | **شدت معلولیت** | **وسایل کمک توانبخشی مورد استفاده** | **کدملی** |
| **زن** | **مرد** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| مشخصات نمایش |
| **نام نمایش :**  **نویسنده :**  **کارگردان :**  **خلاصه نمایش :** |
| **مدت زمان اجرا نمایش :** |

**تذکر: این فرم به صورت تایپ شده و دقیق تکمیل و به دبیرخانه هشتمین جشنواره منطقه ای تئاتر افراد دارای معلولیت زاگرس مستقر در معاونت توانبخشی اداره کل بهزیستی استان ارسال گردد.**