«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.**