ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ЛЕТНЕЙ ШКОЛЕ ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРАКТИК ГМИИ им. А.С. ПУШКИНА

|  |  |
| --- | --- |
| ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО |  |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ |  |
| ГОРОД |  |
| МУЗЕЙ |  |
| ДОЛЖНОСТЬ |  |
| СФЕРА ОТВЕТСТВЕННОСТИ |  |
| СТАЖ РАБОТЫ В МУЗЕЕ |  |
| СТАЖ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ С ОВЗ |  |
| ПОЧЕМУ ВЫ ХОТИТЕ ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В ЛЕТНЕЙ ШКОЛЕ ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРАКТИК ГМИИ им. А.С. ПУШКИНА |  |
| БЫЛИ ЛИ ВЫ РАНЬШЕ В ГМИИ им. А.С. ПУШКИНА |  |
| КТО ОПЛАЧИВАЕТ ВАШЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ |  |
| ВАШИ ОЖИДАНИЯ ОТ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ |  |