

# БЛАНК ЗАЯВКИ

## ТЕСТ ОРФОГРАФИИ

Название и номер школы:

Город:

Улица, дом:

Индекс:

Область:

Телефон с кодом города:

e-mail:

ИНН, КПП:

ТЕСТ ОРФОГРАФИИ	кл. 4-5	кл. 6-7	кл. 8-9	Общее количество (минимум 10 человек)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Имена и фамилии учителей - Школьных Организаторов конкурса:

*Свидетельствую, что не позже 16 ноября 2018 г. отправлю заказным письмом заполненные бланки ответов и копию квитанции об оплате за общее количество Участников.*

Подпись Школьного Организатора: