



PRIJAVA

ZA SODELOVANJE V ŠOLSKEM PROJEKTU »PLETEMO NITI MREŽE Z ZDRAVJEM«

v šolskem letu 2024/2025

Naziv zavoda: _____

Naslov: _____

Tel. številka: _____

Odgovorna oseba: _____

Kontaktna oseba: _____

Tel. številka: _____

e-pošta: _____

Datum: _____

Podpis odgovorne osebe:



"PLETEMO NITI MREŽE Z ZDRAVJEM" ŠOLSKI PROJEKT
EVALVACIJSKO POROČILO 2024/ 2025

Naziv sodelujoče šole: _____

Naslov delavnice: _____

Elektronski naslov: _____

Ime in priimek vodje projekta na šoli: _____

Čas in kraj izvajanja delavnice: _____

Sodelujoči učenci (razred in število):

Sodelujoči učitelji, mentorji ali zunanji sodelavci: _____

Mnenje učencev: _____

Mnenje sodelujočih učiteljev, mentorjev ali zunanjih sodelavcev: _____

Kratek opis delavnice in dodana dokazila o sodelovanju v projektu (fotografije, filmčki, literarni zapisi, likovno gradivo, ...): _____

