



XXX MOSTRA DE TEATRE INFANTIL I JUVENIL

CENTRE EDUCATIU / ENTITAT:	
GRUP:	
ADREÇA:	TELÈFON:

TÍTOL DE L'OBRA:	
AUTOR/A DE L'OBRA:	
DIRECTOR DE L'OBRA:	
NOMBRE D'ACTORS:	DURADA APROXIMADA:
SINOPSI:	
DATA DE REPRESENTACIÓ PREVISTA: Dates: entre el dilluns 14 de maig i el divendres 1 de juny; disponibilitat: de dilluns a divendres des de les 9 fins a les 14 h; els dijous des de les 15.30 fins a les 20.30 h, a banda de la disponibilitat en horari de dematí.	
ASSAIG (OPCIONAL): En cas de voler realitzar un o diversos assaigs a la sala d'actes del Casal de Cultura, indiqueu el dia / els dies i l'hora en què els voleu dur a terme; se us confirmarà si és possible en funció de la disponibilitat de l'espai.	
SERVEI DE BRIGADA PER A TRASLLAT DE MATERIAL (OPCIONAL):	

Inca, ___ de _____ de 2018

EL REPRESENTANT DEL CENTRE

(signatura)



NOM I DOS LLINATGES DELS ACTORS

PERSONATGES
