טל. 03-9468646 | פקס. 077-4704525
נייד. 054-9410590 | 052-4663347
info@vtci.co.il
משלוח מכתבים: ת.ד. 51008 תל אביב - יפו, 6721913
www.storyfilming.org.il

אישור הורים

תاريخ: _____

إبنكم/إبنتكم إختير/ة للمشاركة في برنامج "قيادة بواسطة السينما", التي ستقام مرة أسبوعيًا في أيام _____, بين الساعة _____ حتى الساعة ____ في(المكان) _____.

سيرشد البرنامج موجّه تربوي مختص بالبسيخودراما, وبمرافقة موجّه سينمائي محترف, كاتب سيناريو, وغرف مونتاج محترفين.

في نطاق البرنامج سينتج إبنائكم فيلم, وفي مطاف البرنامج ستتم أمسية عرض إحتفالية حيث سيتم إستدعائكم لحضورها.
الأولاد هم من سيختاروا القصة, يصوّروا ويسجلوا صوت لإنتاج الفيلم, بالإضافة للتمثيل, والإخراج, وتأثيرهم على المونتاج.

_____

أنا أوافق على مشاركة إبني/إبنتي _____, رقم الهوية _____

في برنامج المركز الإسرائيلي للفيديو ترابيا "قيادة بواسطة السينما".

الإسم _____ التوقيع _____