**Список регистрации участников тестирования**

**(для образовательных учреждений Республики Крым)**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Муниципальное образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование учебного заведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО (полностью)** | **Тел. +7(000) 000-00-00** | **e- mail (обязательно)** | **Подпись (в случае проведения онлайн не заполняется)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |