

नेपाल सरकार
सञ्चार तथा सूचना प्रविधि मन्त्रालय
चलचित्र विकास बोर्ड
बाल चलचित्र निर्माण प्रशिक्षण कार्यशाला, कोशी प्रदेश, ईलाम
सहभागिता फारम

फोटो

प्रशिक्षार्थीको पुरा नाम/थर:-.....

जन्म स्थान:-.....

जन्म मिति:-.....

स्थायी ठेगाना:-.....

बाबुको नाम, थर:-.....

आमाको नाम, थर:-.....

अभिभावकको सम्पर्क नम्बर:-.....

कक्षा:-.....

विद्यालयको नाम:-.....

१. आफूलाई मन परेको नेपाली चलचित्रको नाम:-.....

२. आफूलाई मन परेको अभिनेता:-

३. आफूलाई मन परेको अभिनेत्री:-

४. आफूलाई मन परेको नेपाली चलचित्रको गीत:-

५. तपाईंले पछिल्लो पटक हेरेको नेपाली चलचित्र:-

६. नेपाली चलचित्रमा भूमिका पाउनुभयो भने के गर्नुहुन्छ:-

७. नेपाली चलचित्र सम्बन्धी तपाईंलाई केहि भन्नु छ:-

८. नेपाली चलचित्रका कलाकारहरु कोको चिन्नुहुन्छ:-

क)..... ख).....

ग)..... घ).....

९. नेपाली चलचित्रको कुन विधामा तपाईंको रुचि छ?

क) गायन

ख) नृत्य

ग) अभिनय

घ) प्राविधिक

१०. तपाईंको आफ्नो रुचि के हो?

.....

.....

प्रशिक्षार्थीको हस्ताक्षर

.....

अभिभावकको हस्ताक्षर