

**ZAVOD ZA SLEPO IN SLABOVIDNO MLADINO LJUBLJANA**

Langusova ulica 8

1000 LJUBLJANA

telefon: +386 (01) 2442-750

fax: +386 (01) 2442-777

## PRIJAVNICA NA DELAVNICO

|  |
| --- |
| **Naslov delavnice**: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum izvedbe programa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Koordinator programa: |  |

**PODATKI O UDELEŽENCU / -KI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek: \* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum rojstva: \* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek enega od staršev: \* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon: \* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Elektronski naslov\*: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Označite ustrezno: \* | * sem slaboviden
* sem slep
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nočitev v Zavodu (ustrezno označite):  | * DA
* NE
 | Posebnosti (vpišite npr. pridem kasneje, gibalna oviranost, odidem prej, jemljem zdravila (katera, kdaj, kdo mi ji da ...), alergije ...): |  |

Številka noge za rolarje (vpiši): \_\_\_\_

Prinesel / -la bom svoje rolarje (ustrezno označi): DA NE

Straši se bodo udeležili dejavnosti za starše (ustrezno označi in dopolni):

DA NE SAMO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Če si res želiš in če se me res bojiš☺:

Z mano pride še (prijatelj, prijateljica, brat, sestra ...) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime, priimek), datum rojstva (vpiši) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, številka noge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ima svoje rolarje in jih bo prinesel / prinesla s sabo (obkroži) DA, NE.

Prijavnico pošljite koordinatorju programa, torej na celesniknina@gmail.com.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kdaj, datum:  |  | Podpis udeleženca: |  |

Podpis starša: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Dovoljujem uporabo svojih osebnih podatkov pri vodenju evidenc in obdelavi podatkov v skladu z veljavnim Zakonom o varstvu osebnih podatkov. Podatki se zbirajo zaradi izdaje potrdila.