

**ZAVOD ZA SLEPO IN SLABOVIDNO MLADINO LJUBLJANA**

Langusova ulica 8

1000 LJUBLJANA

telefon: +386 (01) 2442-750

fax: +386 (01) 2442-777

Številka: 27/15-2016

## PRIJAVNICA NA DELAVNICO "MED ZVEZDE"

## (poslati najkasneje do 3. 3. 2016)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum izvedbe programa: | 10. in 11. marec 2016 |

|  |  |
| --- | --- |
| Koordinator programa: | Grega Hribar |

**PODATKI O UDELEŽENCU/-KI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek in razred: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum rojstva: |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon strašev: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Elektronski naslov staršev: |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nočitev v Zavodu za otroka  (ustrezno označite): | 1. DA 2. NE |

|  |
| --- |
|  |

Številka osebnega dokumenta otroka, ki ga bo imel otrok s seboj:

Posebnosti (vpišite npr. gibalna oviranost, močenje postelje, odidem prej, zdravila, alergije ...):

|  |
| --- |
|  |

Dovoljujem objavo fotografij za promocijo Zavoda (na FB-profilu Zavoda, na spletni strani, v zloženkah ...) (ustrezno obkroži):

1. DA.
2. NE.

Strošek delavnice za glino v višini 5 € boste poravnali po položnici.

**Prijavnico pošljite po pošti na naslov:**

**- Zavod za slepo in slabovidno mladino Ljubljana, Langusova ulica 8, 1000 Ljubljana ali**

**- na elektronsko pošto: grega.hribar@guest.arnes.si**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj, 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.