**ZAVOD ZA SLEPO IN SLABOVIDNO MLADINO LJUBLJANA**

Langusova ulica 8

1000 LJUBLJANA

telefon: +386 (01) 2442-750

fax: +386 (01) 2442-777

 Številka: 27/111-2016

## PRIJAVNICA NA DELAVNICO

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

|  |
| --- |
| **Naslov delavnice**: |
| **MINI OLIMPIJSKE IGRE** |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum izvedbe programa: | 6. in 7. Oktober 2016 |

|  |  |
| --- | --- |
| Koordinator programa: | Peter Rot |

**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, jemljem zdravila (katera, kdaj, kdo mi ji da ...), alergije, starši prespijo v Zavodu (koliko, katere obroke bodo jedli) ...):

|  |
| --- |
|  |

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

1. DA.
2. NE.

**Prijavnico pošljite po pošti na naslov Zavod za slepo in slabovidno mladino Ljubljana, Langusova ulica 8, 1000 Ljubljana ali na elektronski naslov koordinatorju programa: peter.rot@zssm.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.