**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

## (poslati najkasneje do srede, 2. oktobra 2013)

|  |
| --- |
| **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):  | 1. DA
2. NE
 |

Posebnosti

(vpišite npr. gibalna oviranost, močenje postelje, odidem prej, jemljem zdravila (katera, kdaj, kdo mi jih da ...), alergije, starši prespijo v Zavodu (koliko, katere obroke bodo jedli) ...):

|  |
| --- |
|  |

Straši se bodo udeležili dejavnosti za starše

(ustrezno obkroži):

1. DA, predavanja;
2. DA, pogovora z izvajalci specialnih znanj;
3. NE.

Z mano pride še (prijatelj, prijateljica, brat, sestra ...) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime, priimek), datum rojstva (vpiši) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Prijavnico pošljite po pošti na naslov Zavoda za slepo in slabovidno mladino, Langusova ul. 8, 1000 Ljubljana in/ali koordinatorju programa 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.