

**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 petka, 4. januarja 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): | * DA * NE | Posebnosti (vpišite npr. gibalna oviranost, odidem prej, jemljem zdravila (katera, kdaj, kdo mi ji da ...), alergije ...): |  |

Straši se bodo udeležili dejavnosti za starše (ustrezno obkroži):

1. DA, pogovora z izvajalci specialnih znanj in s koordinatorji;
2. DA, predavanja za starše;
3. DA, okrogle mize;

č) NE.

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

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, 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.