Številka: 27/197-2016

**PRIJAVNICA NA DELAVNICO**

**(poslati najkasneje do torka, 10. januarja 2017)**

|  |
| --- |
| **Naslov delavnice**: **KAKO DIŠI PRETEKLOST?** |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum izvedbe programa: | 12. in 13. januar 2017 |

|  |  |
| --- | --- |
| Koordinator programa: | Tina Kastelic |

**PODATKI O UDELEŽENCU / -KI:**

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

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Z mano se bo programa delavnice udeležil-a še (napiši ime, priimek in starost). |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nočitev v Zavodu (ustrezno označite): | 1. DA
2. NE
 |
|  Skupno število oseb, ki bo prenočevala |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Četrtek večerjaSkupno število oseb pri večerji: | 1. DA
2. NE
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Petek zajtrkSkupno število oseb pri zajtrku: | 1. DA
2. NE
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Petek kosiloSkupno število oseb pri kosilu: | 1. DA
2. NE
 |

Številke osebnih dokumentov oseb, ki prenočujejo: \*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Posebnosti

(vpišite npr. gibalna oviranost, močenje postelje, odidem prej, alergije,…)

|  |
| --- |
|  |

Prijavnico pošljite po pošti na zgornji naslov ali na mail:

tina.kastelic108@gmail.com najkasneje do 10. 01. 2017.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis staršev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_