

ZAVOD ZA SLEPO IN SLABOVIDNO MLADINO LJUBLJANA  
Langusova ulica 8  
1000 LJUBLJANA  
telefon: +386 (01) 2442-750  
fax: +386 (01) 2442-777



Številka: 20/9-2016  
Ljubljana, 20. 12. 2016

**SPOŠTOVANI STARŠI!**

### **OBVESTILO O ZIMOVANJU**

V letošnjem šolskem letu Zavod za slepo in slabovidno mladino Ljubljana organizira zimovanje za učence nižjega izobrazbenega standarda ter posebnega programa vzgoje in izobraževanja.

Zimovanje bo potekalo od **SREDE 15. 02. 2017 do PETKA 17. 02. 2017 na Medvedjem Brdu (v bližini Logatca)**. Bivali bomo v Centru šolskih in obšolskih dejavnosti v domu Medved. Zaradi raznolikosti skupine, posebnih potreb in zagotavljanja kakovosti pri ponujenih dejavnostih je nujno večje število spremljevalcev, zato bo okvirna cena bivanja znašala 90 €. V ceno je vključeno bivanje, hrana in pedagoške dejavnosti. Ponujena je možnost izposoje posteljnine, ki stane še dodatno 4,40 € na osebo.

Svetujemo vam, da se glede morebitne subvencije oz. denarne pomoči pri plačilu zimovanja obrnete na svoja Medobčinska društva slepih in slabovidnih.

Stroške zimovanja boste lahko poravnali v treh mesečnih obrokih po položnicah, ki vam jih bomo poslali po vaši prijavi. Prvo položnico boste prejeli pred odhodom – v začetku februarja, drugo marca in tretjo aprila.

Na podlagi prijavnice vam bomo pred odhodom posredovali še podrobne informacije o izvedbi zimske šole v naravi!

Prosimo vas, da izpolnite prijavnico in jo čim prej (**najkasneje do 16. 1. 2017**) posredujete razredniku ali socialni delavki Leni Pavli Fister.

**Na podlagi števila prijav bo znana tudi končna cena zimovanja.**

**V kolikor se bo vaš otrok udeležil zimovanja in ni nezgodno zavarovan, vas prosimo in priporočamo, da za čas poteka šole v naravi zanj uredite nezgodno zavarovanje!**

Hvala za sodelovanje in lep pozdrav!

Organizatorica zimovanja:  
Jelena Grlica

Ravnateljica:  
Katjuša Koprivnikar



Številka: 20/9-2016

**PRIJAVNICA ZA ZIMOVANJE**  
15. 02. 2017 – 17. 02. 2017

**Ime in priimek:** \_\_\_\_\_

**Naslov:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Jemlje zdravila, obkroži:**  **DA**  **NE**

**Če jemlje zdravila, zapišite ime zdravila, kdaj in odmerek (npr. Tegretol zjutraj 1 tableta in zvečer 1 tableta):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vaše pripombe, predlogi, zdravstvene posebnosti:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Podpis staršev:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_