## VKLJUČITEV UČENCA/-KE K POUKU ODDELKA STRNJENE OBRAVNAVE IZVAJANJA DSP CENTRA IRIS

|  |  |
| --- | --- |
| Datum izvedbe programa: | 10. 6. 2019 - 14. 6. 2019  PRIPRAVE NA VSTOP V ŠOLO |

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

**PODATKI O UČENCU / -KI:**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Naslov: \* |  |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ustrezno označite: \* | * slaboviden * slep z ostanki vida * slep |

Udeležba na programu (napišite DA ali NE):\*

|  |
| --- |
| 10. 6. 2019 \_\_\_  11. 6. 2019 \_\_\_  12. 6. 2019 \_\_\_  13. 6. 2019 \_\_\_  14. 6. 2019 \_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Nočitev v Centru  (ustrezno označite): | 1. DA 2. NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Zajtrk v Centru:  (ustrezno označite) | 1. DA 2. NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Malica v Centru:  (ustrezno označite) | 1. DA 2. NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Kosilo v Centru:  (ustrezno označite) | 1. DA 2. NE |

Številka osebnega dokumenta oseb, ki prenočijo v Centru, v primeru nočitve:

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

Zdravstvene posebnosti oziroma posebnosti pri prehrani:

(vpišite npr. alergije, zdravila, močenje postelje, dietna prehrana in kakšna …)

|  |
| --- |
|  |

Prijavnico pošljite na elektronski naslov do 3. 6. 2019:

tina.kastelic108@gmail.com

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

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