



SALEZIJSKI MLADINSKI CENTER MARIBOR

Engelsova ulica 66, SI – 2000 Maribor

<https://maribor.donbosko.si/drustvo/> - drustvosmc@gmail.com

PRIJAVNICA NA OTROŠKO SIL VESTROVANJE

Ime in priimek otroka: _____

Datum rojstva (*dan, mesec, leto*):

--	--	--	--	--	--	--	--

Razred, ki ga otrok obiskuje v šolskem letu 2018-19 _____ in **starost** otroka _____

Ime in priimek enega od staršev/skrbnikov: _____

Elektronska pošta staršev/skrbnikov: _____ @ _____

GSM staršev/ skrbnikov:

--	--	--	--	--	--	--	--

PODATKI O ZNAČILNOSTIH IN BOLEZNIH OTROKA

Naštejte *alergije, zdravila, druge posebnosti* vašega otroka za katere menite, da bi moral biti organizator programa z njimi seznanjen

Podpis starša/skrbnika:Kraj in datum:.....

Označite kvadratek z , da se strinjate z:

Uporabo fotografij in drugega materiala posnetega na počitniškem programu za promocijske namene organizatorja v medijih, na spletu in tiskovinah.

Uporabo vaše elektronske pošte za obveščanje drugih programih organizatorja.