Medobčinsko društvo prijateljev mladine Celje,
KIDRIČEVA 3, 3000 Celje
tel. 03 4909180, 041 710810, Fax : 059 224713
e-mail - mdpmcelje1@gmail.com, www.mdpm-celje.si

PRIJAVNICA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE

I. izpolnijo starši – OBVEZNI SO VSI PODATKI !

PODATKI O OTROKU:

Priimek in ime :.....

Rojstni podatki:....., Naslov : .....

Številka zdravstvenega zavarovanja:.....

Številka osebnega dokumenta (osebna, potni list).....

Tel.:.....Šola in razred :.....

Elektronska pošta (e-mail) .....

PODATKI O STARŠIH, SKRBNIKIH, REJNIKIH
Ustrezno podčrtajte!) : OČE (skrbnik, rejnik) MATI (skrbnica, rejnica)

Priimek in ime..... .....

Zaposlen(a) : ....

Cene ne vključujejo rizika odpovedi. Ob povečanih stroških letovanja ali prevozov, se cena letovanja zviša. **Če otrok po svoji volji predčasno zapusti letovanje ali se brez pravočasne odpovedi ne udeleži letovanja, se stroški letovanja ali doplačila ne povrnejo.** Preberite si naše potovalne pogoje na MDPM Celje.

Podpis staršev :.....

Datum :.....

II. IZPOLNI ZDRAVNIK PRED LETOVANJEM

ZDRAVSTVENI PODATKI O OTROKU:

Obolenje, zaradi katerega je poslan otrok na letovanje:

.....

Morebitno opozorilo zdravnika :

……

Datum ..... Podpis in žig zdravnika..... . . . . .

III. IZPOLNIJO STARŠI ali svetovalni delavni na šoli !

POSEBNOSTI OTROKA (bolezen, alergije, hiperaktivnost, močenje postelje, preobčutljivosti, navade, kaj ga potolaži, če je žalosten, …….)

.....

.....

.....

OMEJITVE PRI PREHRANJEVANJU (dieta, jemanje zdravil, vegetarijanstvo…)

……

IV. PLAČNIK doplačila zdravstvenega letovanja

PRIIMEK IN IME……..……..……..……,NASLOV: ……..…….
……./naslov, pošta, poštna številka/
DAVČNA ŠTEVILKA PLAČNIKA (ob plačilu na položnice):
……
NAČIN PLAČILA položnice
Želeno število obrokov 1 2 3 4 (do odhoda)

S podpisom te prijave dovoljujem mojemu otroku potovanje v organizaciji MDPM Celje in jamčim za točnost navedenih podatkov. S podpisom sprejemam pogoje letovanja in hišni red za otroke na letovanju, dovoljujem fotografiranje otroka in uporabo teh fotografij za javno objavo. Obvezujem se, da bom stroške letovanja poravnal na dogovorjen način in v dogovorjenem roku.

Podpis starša/skrbnika:……..Datum:…… .....

Zdravstveni prijavnici priložite kopijo prve strani zdravstvene kartice!