



/izpolni ZPM/
 Datum prejema:

ZAPISNA ŠT.:

IZMENA:

VIRC POREČ **PRIJAVA**

ŽELENA IZMENA: /obkrožite dve izmeni, ugodnejšo tudi podčrtajte/

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 25.06. – 05.07.2019 | 4.* 25.07. – 04.08.2019 |
| 2. 05.07. – 15.07.2019 | 5. 04.08. – 14.08.2019 |
| 3. 15.07. – 25.07.2019 | 6. 14.08. – 24.08.2019 |

**letujejo srednješolci (do 18. leta) in starejši osnovnošolci; Vse izmene so tudi zdravstvene!*

ZPM Maribor si pridržuje pravico otroka uvrstiti v izmeno in skupino po lastnem izboru in presoji!

IZPOLNIJO STARŠI!

Označite NAČIN letovanja:

- OBMORSKO LETOVANJE**
- ZDRAVSTVENO LETOVANJE**
/za otroka zdravnik napiše potrdilo/

DOKAZILA ZA SUBVENCIONIRANO LETOVANJE SO PRILOŽENA /označite/: DA NE

PODATKI O OTROKU

PRIIMEK IN IME OTROKA SPOL M Ž

EMŠO KRAJ ROJSTVA ZZS številka
 /na zdrav. kartici – za zdrav. letovanje/

ŠTEVILKA OSEBNEGA DOKUMENTA DATUM IN KRAJ IZDAJE
 /s katerim bo otrok prestopil mejo/

STALNO PREBIVALIŠČE
 /naslov, poštna številka, naziv pošte/

OBČINA STALNEGA PREBIVALIŠČA DRŽAVLJANSTVO.....

ŠOLA/VRTEC RAZRED

/naziv in kraj šole/

ŽELJE OTROKA
 /pri željah za razvrstitev v skupino vpišite največ 3 imena - otroci morajo biti istega spola in največ leto in pol starostne razlike/

ČE OTROK LETUJE V OKVIRU ORGANIZIRANE SKUPINE, VPIŠITE KATERE

PODATKI O STARŠIH oz. SKRBNIKIH

MATI	OČE
..... /priimek in ime/ /priimek in ime/
..... /naslov, poštna številka, naziv pošte/ /naslov, poštna številka, naziv pošte/
..... /zaposlitev- naziv ustanove, telefon/ /zaposlitev – naziv ustanove, telefon/

VEDNO DOSEGLJIV TELEFON: /
 /domači/ /mobilni – staršev oz. skrbnikov/

ELEKTRONSKI NASLOV: /
 /otroka/ /staršev oz. skrbnikov/

Z navedbo e-naslava pristajam, da mene in mojega otroka ZPM Maribor informira o novostih in v zvezi z letovanjem in obvešča o drugih programih.

PLAČNIK: PRIIMEK IN IME:

NASLOV:
 /naslov, poštna številka, naziv pošte/

DAVČNA ŠTEVILKA PLAČNIKA:

ŠT. TRANSAKCIJSKEGA RAČUNA: SI56 ODPRT PRI:
 /v primeru plačila preko SEPA DIREKTNE BREMENITVE/ /naziv banke/

NAČIN PLAČILA (obkrožite/označite način plačila in zeleno število obrokov): SAMOPLAČNIK: **DA NE**

▪ **GOTOVINA** ▪ **PLAČILNA KARTICA** ▪ **PLAČILNI NALOG (UPN): 1 2 3** ▪ **SEPA DB: 1 2 3 4 5 6**

Izpolni odgovorna oseba v MO Ptuj:

Povprečni mesečni **neto** dohodek na osebo v %: Število družinskih članov:

Prispevek MO Ptuj:.....v EUR, Prispevek staršev: v EUR

Podpis odgovorne osebe:

MO Ptuj, CID Ptuj in ZPM Maribor jamčijo, da bodo navedene podatke uporabljali v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov!

I Z J A V A S T A R Š A o z . S K R B N I K A

/ZPM Maribor si pridržuje pravico, da otroka ne sprejme na letovanje, v kolikor starši oz. skrbniki ne podpišejo izjave/

OTROKOV OSEBNI ZDRAVNIK /šolski ali izbrani/ - obvezno vpišite za vsakega otroka:

Priimek in ime zdravnika:

Naziv zdravstvene ustanove/ambulante:

.....

.....

POSEBNOSTI OTROKA – obvezno ustrezno vpišite ali obkrožite**1. POSEBNOSTI OTROKA, NA KATERE MORAJO BITI SPREMLJEVALCI POZORNI:**

.....

2. OMEJITVE PRI PREHRANJEVANJU (dieta, alergija...):

.....

3. PSIHOSOMATSKE POSEBNOSTI:

/bolezenska stanja/

4. VZGOJNE IN DRUGE POSEBNOSTI OTROKA:

.....

5. ODLOČBA, DA JE OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI /obkrožite/: DA NE

Vrsta primanjkljaja, ovire oziroma motnje:

6. OTROK ZNA PLAVATI /obkrožite/: DOBRO SLABO NE ZNA**7. ODLOČBA O PREPOVEDI STIKOV /obkrožite/: Z MATERJO Z OČETOM Z OBEMA STARŠEMA**

/V primeru prepovedi stikov, je obvezna predložitev kopije odločbe/

8. VARSTVO OTROK: DOMSKO VARSTVO VRTEC DRUGO

/izpolnite v primeru, da otrok biva v vzgojnem ali drugem zavodu, mladinskem domu ipd./

.....

/naziv in kraj ustanove/ Priložiti je potrebno potrdilo ustanove/zavoda; za letovanje je potreben predhodni dogovor.

S podpisom te PRIJAVE in IZJAVE:

- se obvezujem, da bom stroške letovanja poravnal na dogovorjen način in v dogovorjenem roku (glej Prilogo).
- se strinjam, da je lahko otrok, v kolikor na letovanju zbolí ali se poškoduje, zdravljen po principih uradne medicine. V kolikor otrok ni cepljen po programu cepljenja otrok v Republiki Sloveniji, se strinjam, da bom v primeru otrokove poškodbe ali bolezni, na poziv, ki ga bom v takem primeru dobil s strani zdravstvenega oziroma pedagoškega spremstva otrok na letovanjih, osebno (v lastni režiji) nemudoma prišel po otroka in ga odpeljal z letovanja domov. To izjavo podpisujem na zahtevo organizatorja letovanja ZPM Maribor in se zavedam, da lahko organizator zaradi moje morebitne odklonitve podpisa iste izjave odkloni sprejem otroka na letovanje.
- dovoljujem, da ZPM Maribor pridobi vse potrebne zdravstvene podatke o otroku iz otrokove zdravstvene kartoteke za potrebe zdravstva na letovanju; vključno z morebitnim posebnim mnenjem zdravnika, da je otrok primeren za vključitev v letovanje. Vpogled v podatke o zdravstvenem stanju je dovoljen spremljajočemu zdravstvenemu osebju.
- dovoljujem mojemu otroku potovanje v tujino in s tem prehod državne meje v organizaciji ZPM Maribor in sem seznanjen, da za prehod državne meje potrebuje otrok veljaven potni list ali osebno izkaznico.
- izjavljam, da sem seznanjen z dejstvom, da bo moj otrok letoval v spremstvu prostovoljnih sodelavcev ZPM Maribor in z lastnim podpisom sprejemam splošne pogoje poslovanja ter hišni red za otroke na letovanju, dovoljujem fotografiranje in snemanje otroka, uporabo teh materialov za potrebe ZPM Maribor in tudi za javno objavo.
- izjavljam, da sem seznanjen s pogoji poslovanja in hišnim redom za otroke na letovanju (v tiskani obliki kot priloga prijave, javna objava na sedežu ZPM Maribor in na spletni strani ZPM Maribor) in se zavežem, da bom nemudoma prišel po otroka, če mu bo zaradi kršenja hišnega reda in neprimerne vedenja na letovanju izrečen vzgojni ukrep NAPOTITVE DOMOV oz. bom ZPM Maribor poravnal stroške posebnega prevoza.

Prijavitelj s svojim podpisom zagotavljam resničnost navedenih podatkov in zanje v celoti odgovarjam!

Strinjam se, da lahko ZPM Maribor te podatke uporablja v skladu s svojimi pravilniki.

MO Ptuj, CID Ptuj in ZPM Maribor jamčijo za varstvo posredovanih podatkov v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov.

Kraj in datum:2019

PODPIS STARŠA/SKRBNIKA: