 

LJUBLJANSKA CESTA 58, 1230 DOMŽALE

Tel: 01 721 27 91; GSM: 041 367 808

E-pošta: zpm-domzale@siol.net

**PRIJAVNICA NA LETOVANJE 2019**

**Prijavnico pošljite po redni pošti na ZPM Domžale ali po elektronski pošti na:** **zpm-domzale@siol.net****.**

1. **PODATKI O LETOVANJU (čitljivo izpolnijo starši ali skrbniki)**
2. **Kraj letovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Termin letovanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Letovanje z zdravstvenim predlogom:** DA NE

***Zelo pomembno!*** *V primeru zdravstvenega letovanja je nujno potrebno dostaviti izpolnjen in s strani zdravnika podpisan in z žigom overjen zdravstveni predlog po pošti ali osebno na ZPM Domžale.*

1. **OTROK BI RAD BIL V SKUPINI S/Z** (otroci morajo biti istega spola, največ 2 leti starostne razlike, pri razporeditvi bodo upoštevane najprej vzajemne želje)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Če imate otroka namen sami pripeljati v počitniški dom ali ga priti predčasno iskat, prosimo, zabeležite:

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

1. **OSNOVNI OSEBNI PODATKI (čitljivo izpolnijo starši ali skrbniki)**

Priimek in ime otroka (izpolnite tiskano):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spol: **M**  **Ž**

Rojen/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj rojstva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stalni naslov (ulica, kraj): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov za pošiljanje pošte (če ni isti kot stalni): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Št. osebnega dokumenta otroka (osebna izkaznica ali potni list): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Šola oz. vrtec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razred: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priimek in ime očeta (skrbnika) Priimek in ime matere (skrbnice)

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

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

E – pošta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E – pošta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DODATNE INFORMACIJE O OTROKU (natančno izpolnijo starši ali skrbniki):**
2. **Znanje plavanja:** dobro slabo ne zna plavati
3. **Posebnosti, na katere naj bo pozoren otrokov spremljevalec oz. mu bodo v pomoč pri vodenju otroka** (motorične posebnosti, vedenjske posebnosti otroka, prepoved obiskov s strani določene osebe ipd.):

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

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

1. **Posebnosti pri hrani** (vse morebitne posebnosti glede diet, alergij na hrano in drugih posebnosti glede prehranjevanja; v primeru zdravstvenih diet je **obvezno** priložiti izvid specialista):

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

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

1. **Posebnosti zdravstvenega stanja otroka** (morebitne redne terapije, obvezna jemanja zdravil ipd.):

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

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

1. **Otrok s posebnimi potrebami** (prosimo napišite diagnozo, ki jo ima otrok in **obvezno** priložite kopijo odločbe in strokovnega mnenja, kjer so navedene prilagoditve; prosimo tudi za vaše napotke):

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

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

1. **IZJAVA O VAROVANJU OSEBNIH PODATKOV (OBVEZNO OZNAČITE)**

Potrjujem, da se strinjam z uporabo osebnih podatkov, navedenih v prijavnici, za namene nemotenega izvajanja storitev letovanja. ZPM Domžale zagotavlja, da bo podatke skrbno varoval v skladu z evropsko zakonodajo. Podatke bomo hranili toliko časa, kolikor zahteva zakonodaja oz. do vašega preklica (na zpm.domzale@siol.net ali 01 721 27 91)

Seznanjen sem, da bodo prijavni podatki, oddani na ZPM Domžale, posredovani pooblaščenim osebam Zavoda za zdravstveno zavarovanje (v primeru zdravstvenega letovanja), ZPMS in RK (v primeru osebnega spremljevalca, sofinanciranje za socialno ogrožene otroke).

Seznanjen sem, da bodo prijavni podatki, oddani na ZPM Domžale, posredovani pooblaščenim osebam Zavoda za letovanje in rekreacijo otrok, ki je izvajalec letovanja (izvedba programa v domovih, priprava pogodb).

Dovoljujemo fotografiranje. Dovoljujemo objavljanje fotografij na spletni strani ZPMD in ZLRO ter v časopisih.

*Izjava o varstvu osebnih podatkov je ves čas dostopna na spletni strani ZLRO. V primeru, da se ne strinjate s* ***prvimi tremi točkami,*** *vam storitve žal ne moremo nuditi, saj so podatki nujni za delovanje in izvajanje dejavnosti.*

**S podpisom te prijave dovoljujem mojemu otroku letovanje v organizaciji Zveze prijateljev mladine Domžale in Zavoda za letovanje in rekreacijo otrok ter jamčim za točnost navedenih podatkov.**

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis starša/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

1. **PODATKI ZA PRIPRAVO POGODBE (izpolni ZPM Domžale)**

**Dolžina letovanja:** 7 dni 10 dni

**Zdravstveno letovanje:** DA NE **Original zdravstveni predlog dostavljen dne:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CENA LETOVANJA:** \_\_\_\_\_\_ **EUR SPECIFIKACIJA PLAČILA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAČNIK/SOFINANCER** | **ZNESEK V EUR** |
| ZZZS: |  |
| OBČINA: |  |
| ZPMS – PS/FIHO/KRPE: |  |
| DONACIJA: |  |
| STARŠI: |  |
| **SKUPAJ:** |  |

**V Domžalah, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig Podpis odg. osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**