



PRIJAVA NA LETOVANJE V PUNATU - 2020

IZPOLNI RKS !

Otrok razporejen v izmeno: _____
NAČIN LET.: __ZD / __SO / __SA

**IZPOLNIJO STARŠI /PROSIMO, DA IZPOLNITE VSE ZAHTEVANE PODATKE!/
PODATKI OTROKA**

Obvezno označite! → **ZDRAVSTVENO LETOVANJE :** DA NE
Ali je osebni zdravnik otroka napisal napotitev na zdravstveno letovanje?

Priimek in ime otroka: _____ Spol: M Ž

Kraj rojstva: _____ EMŠO: _____ Državljanstvo: _____

Davčna številka: _____ ZZS številka: _____
(štev. nad imenom na zdrav. izkaznici otroka)

Stalno prebivališče: _____ Občina: _____
(ulica, hišna št., poštna številka in pošta bivališča otroka)

Št. osebnega dokumenta otroka: _____ in
kraj in datum izdaje os. dokumenta: _____

Šola/Vrtec: _____ Razred: _____; Otrok je **PLAVALEC** **NEPLAVALEC**

**Želena izmena/skupina
(RKS-OZ Maribor si pridržuje pravico, da otroka razvrsti v izmeno in skupino po lastni presoji!)**

Označite zeleno izmeno (če označite dve izmeni ugodnejšo podčrtajte):
I.: ~~29.6. – 09.7.2020~~ **II.:** 09.7. – 19.7.2020 **III.:** 19.7. – 29.7.2020
IV.: 29.7. – 08.8.2020 **V.:** 08.8. – 18.8.2020 **VI.:** 18.8. – 28.8.2020
(I. izmena **ODPADE**, zato je II. predvidena predvsem za predšolske otroke in otroke prve triade OŠ. Osnovnošolske otroke vpisujemo v vse izmene, v VI. izmeno bodo vključeni tudi otroci s posebnimi potrebami.)

Želje staršev otrok po sobivanju otroka v skupini z: _____
(največ tri imena; otroci imajo lahko eno do največ dve leti starostne razlike in morajo biti istega spola, če so stari več kot 9 let)

PODATKI O STARŠIH/SKRBNIKIH in PLAČNIKU

Mati (priimek in ime): _____	Oče (priimek in ime): _____
Naslov (ulica, hišna št., pošta): _____	Naslov (ulica, hišna št., pošta): _____
Zaposlena: _____	Zaposlen: _____
Vedno dosegljiva na telefon: _____	Vedno dosegljiv na telefon: _____
E-naslov: _____	E-naslov: _____

Pošto pošljite materi ; očetu ; na drugi naslov: _____

PLAČNIK (priimek in ime): _____ ***Davčna št. plačnika:** _____
*Plačnik vpiše svojo davčno številko v primeru, če letovanje otroku sofinancirajo tudi drugi pačniki-npr. občina, RKS, donatorji idr.!

Naslov (ulica, hišna št., pošta): _____

*Plačilo je v letošnjem letu mogoče le s **PLAČILNIM NALOGOM** (po položnici), ki ga boste prejeli po pošti skupaj z obvestilom o vpisu v izmeno.*

IZPOLNI ODGOVORNI DELAVEC NA OŠ, VVZ, OBČINI ALI V RKS-OZ Maribor

Dohodek po članu družine (iz odločbe o otr. dod) / **Bruto dohodek po članu družine** (iz dohodnin): _____ **EUR**;
USTREZNO OZNAČI

Štev. druž. članov: _____, **Regresni razred:** _____ **Starši plačajo znesek:** _____ **EUR**

Občina oz. donatorji sofinancirajo letovanje v znesku: _____ **EUR**

Žig in podpis odgovorne osebe:

IZPOLNI RKS-OZ MARIBOR

Št. dnevnika/pogodba: _____

Prejeta prijava: _____

Poslana obvestila: _____



IZBRAN OTROKOV ZDRAVNIK in ZDRAVSTVENI PODATKI O OTROKU: (OBVEZNO IZPOLNITE ; izpolni starš/skrbnik)			
Priimek in ime osebnega zdravnika otroka: _____		Zdravstvena ambulanta: _____	
<p>- Posebnosti otroka, na katere morajo biti pozorni spremljevalci: _____</p> <p>- Alergija na hrano NE DA Katero? _____ V primeru diete predložite prijavi seznam jedi, ki jih otrok lahko je!</p> <p>- Vedenjske in mentalne posebnosti otroka? NE DA Katere? _____</p> <p>- Ali sprejema stalna zdravila? NE DA Katera? _____</p> <p>- Alergije na zdravila NE DA Na katera? _____</p> <p>- Ali je bil otrok cepljen po programu preventivnega cepljenja? NE DA</p> <p>- Otrok s posebnimi potrebami: NE DA Vrsta motnje: _____</p>			
Odločba za prepoved stikov z		MATERJO	OČETOM
(Kopijo odločbe je potrebno priložiti k prijavi!)			OBEMA

S podpisom prijave izjavljam da:

- se obvezujem, da bom stroške letovanja poravnal na dogovorjen način in v dogovorjenem roku;
- dovoljujem RKS, da lahko za potrebe zdravstva na letovanju od izbranega osebnega zdravnika otroka pridobi vse potrebne zdravstvene podatke o otroku in po potrebi tudi posebno mnenje zdravnika ali je otrok primeren za letovanje;
- se strinjam, da je lahko otrok, v primeru bolezni ali poškodbe, zdravljen po principih uradne medicine;
- v primeru, ko otrok ni cepljen po programu cepljenja otrok v Republiki Sloveniji, bom v primeru otrokove bolezni ali poškodbe, na poziv s strani zdravstvenega osebja oziroma pedagoškega vodstva na letovanju, osebno in v lastni režiji nemudoma prišel po otroka in ga odpeljal z letovanja domov;
- dovoljujem mojemu otroku potovanje v tujino v organizaciji RKS in sem seznanjen, da za prehod državne meje otrok potrebuje veljaven potni list ali osebno izkaznico ter da bo otrok dokument za prestop meje ob odhodu predal spremljevalcu (v nasprotnem primeru otrok ne bo mogel odpotovati);
- se strinjam, da otrok letuje v spremstvu prostovoljcev RKS in sem seznanjen s pogoji letovanja in hišnim redom za otroke na letovanju in to tudi v celoti sprejemam (javna objava v RKS-OZ MB in na spletni strani RKS-OZ MB);
- se zavežujem, da bom nemudoma prišel po otroka, če mu bo zaradi kršenja hišnega reda in neprimerne vedenja na letovanju izrečen vzgojni ukrep NAPOTITVE DOMOV oziroma bom RKS-OZ Maribor poravnal stroške posebnega prevoza;
- dovoljujem, da otrok po svoji želji sodeluje v različnih aktivnostih na letovanju, da so njegovi izdelki lahko razstavljeni in objavljeni, da otroka intervjuvajo, fotografirajo ali snemajo med izvajanjem programov in da se ta material lahko uporabi za potrebe RKS-OZ Maribor in za javno objavo;
- so vsi podatki, ki sem jih podal v prijavi resnični in zanje v celoti odgovarjam in soglašam, da lahko RKS-OZ Maribor uporablja te podatke v skladu s svojimi pravilniki;
- dovoljujem, da RKS-OZ Maribor obdeluje moje in otrokove osebne podatke, pridobljene s to prijavo, za potrebe organizacije in izvedbe programa letovanja.

Organizator letovanja RKS-OZ Maribor si pridružuje pravico, da v primeru odklonitve podpisa prijavitelja te prijave, lahko odkloni sprejem otroka na letovanje!

PODPIS STARŠA/SKRBNIKA: _____

Datum: _____

ZDRAVSTVENO STANJE MED IN PO LETOVANJU /Izpolni zdravnik na letovanju v primeru zdravstvenih težav otroka. Ni obvezno, če NI zdravstveno letovanje!/ Zdravstveni izvid ob prihodu: _____		Bolezni v času letovanja: _____	
Zdravstveni izvid ob odhodu: _____			
Punat, dne _____		Žig in podpis zdravnika izmene: _____	