



PRIJAVNICA NA PROJEKT I MI MOŽEMO BITI VATROGASCI

(naziv ustanove ili udruge)

	IME I PREZIME	DOB	VELIČINA MAJICE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			



PODACI O PRATNJI:

IME I PREZIME	FUNKCIJA <u>u ustanovi</u> (pedagog, profesor kojeg predmeta, psiholog, terapeut koje terapije)	TELEFON	MAIL

Dodatne informacije o specijalnim zdravstvenim potrebama sudionika (dijabetes, alergija na hranu, dodatna pomoć pri kretanju, osjetljivost na zvukove i svjetlosne podražaje...):

UKOLIKO RODITELJ ISPUNJAVA PRIJAVNICU ZA SVOJE DIJETE molimo Vas u 1. tablicu navedite podatke Vašeg djeteta ili djece, a u 2. tablicu navedite svoje podatke.

PROJEKT NEMA DOBNA OGRANIČENJA.

datum prijave

potpis odgovorne osobe