

b) **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.):

c) **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):

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

e) **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):

IV. **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).

Izjava o varstvu osebnih podatkov je ves čas dostopna na spletni strani ZLRO. V primeru, da se ne strinjate z zgornjima točkama, 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: _____

V. **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:	
OBCINA:	
ZPMS – PS/FIHO/KRPE:	
DONACIJA:	
STARŠI:	
SKUPAJ:	

V Domžalah, _____

Žig

Podpis odg. osebe: _____