**Priloga 3:**

**SOGLASJE STARŠEV**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime, priimek starša oz. skrbnika),

starš/skrbnik dijaka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek dijaka)

soglašam, da se moja hči/ moj sin, sme udeležiti izmenjave v okviru projekta Skills4life.

S podpisom soglašam, da bom v primeru neopravičene odpovedi, povrnil stroške nastale pred

začetkom mobilnosti.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis staršev/skrbnikov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonska številka staršev oz skrbnikov:

mama: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oče: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE TUJINA:**

Zdravstveno zavarovanje za tujino v času imam že sklenjeno **DA NE**

Če imate zavarovanje že sklenjeno, prosim prinesite kopijo police ali izkaznice.

V kolikor zavarovanje za tujino še nimate sklenjeno, bomo zavarovanje za obdobje mobilnosti

sklenili s strani šole pri zavarovalnici Vzajemna.

**ZDRAVSTVENE POSEBNOSTI**

Navedite zdravstvene posebnosti vašega otroka, morebitne bolezni, alergije, obvezna zdravila in

zdravniške diete:

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