**Priloga 3:**

**SOGLASJE STARŠEV**

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

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

soglašam, da moja hči/ moj sin, opravlja praktično izobraževanje na Hrvaškem.

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:**

**Letno zdravstveno zavarovanje za tujino** **imam že sklenjeno DA NE**

V kolikor imate zavarovanje za tujino že sklenjeno, vas prosimo za kopijo zavarovalne police.

Za tiste, ki zavarovanje za tujino še nimate sklenjeno, bomo zavarovanje uredili s strani šole

(program Erasmus+) za obdobje mobilnosti pri zavarovalnici Triglav.

**ZDRAVSTVENE POSEBNOSTI**

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

zdravniške diete: