



DRUŠTVO SOŽITJE KAMNIK - društvo za pomoč osebam z motnjami v duševnem razvoju

P R I S T O P N A I Z J A V A (velja za posameznega člana)

PRIIMEK IN IME:

Kraj:-----

Ulica in številka:-----

Poklic:_____

Datum in kraj rojstva: _____

Telefon doma----- GSM:-----

Elektronski naslov:-----

IZJAVLJAM, DA ŽELIM POSTATI ČLAN(ICA) DRUŠTVA SOŽITJE KAMNIK - DRUŠTVA ZA POMOČ OSEBAM Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU KAMNIK. IN SOGLAŠAM Z VSEMI DOLOČILI PRAVIC IN OBVEZNOSTI, KI MI KOT ČLANU PRIPADAJO PO STATUTU IN OSTALIH INTERNIH AKTIH DRUŠTVA. ZARADI POTREB EVIDENC DRUŠTVA SE VANJ VKLJUČUJEM KOT (obkroži ali izpolni):

- a) - oče/mati osebe z motnjami v duševnem razvoju
- skrbnik
- brat/sestra
- dedek/babica

Priimek in ime osebe z motnjo v duševnem razvoju:-----

Datum in kraj rojstva OMDR _____

Ki je vključen/a:

Je doma,ni vključen nikamor-v tem primeru navedite naslov:-----

Obiskuje vrtec ali razvojni oddelek v vrtcu-kje:-----

OŠ s prilagojenim programom-kje:-----

OVI-oddelke vzgoje in izobraževanja-kje:-----

VDC-kje:-----

Zavod za usposabljanje-kje:-----

Invalidsko podjetje-kje:-----

Ostalo-navedite kaj in kje:-----

b) strokovni delavec na področju:-----

c) član-občan.....

d) drugo (navedite kaj).....

V....., dne.....

Podpis:

Podatke bomo uporabljali izključno za lastno evidenco.