**PRIJAVNICA NA RAZISKOVALNE IGRALNICE ZRC SAZU 2021**

**IZPOLNJENO PRIJAVNICO POŠLJETE NAJKASNEJE DO 30. JUNIJA PO ELEKTRONSKI POŠTI NA E-NASLOV:** [**igralnice@zrc-sazu.si**](mailto:igralnice@zrc-sazu.si)**.** Igralnice plačate po položnici/cah na **transakcijski račun ZRC SAZU, Novi trg 2, Ljubljana 0110 0603 0347 346, sklic 00 98000210** (plačilo na obroke označite v namenu plačila s številko obroka: 1, 2, 3)

Ga./G. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prijavljam svojega otroka:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, starost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, starost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, starost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

na Raziskovalne igralnice v terminu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prosimo, navedite morebitne posebnosti Vašega otroka:

* alergija, slabost v času prevoza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* posebnosti v prehrani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* zdravila \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (v primeru hujših zdravstvenih zapletov ne prevzemamo odgovornosti)

**Prosimo, označite:**

- plačilo programa bom poravnal/a:

1. v enkratnem znesku **122€/na otroka** **do 30.6.2021**

2. v treh obrokih vsake vsote na otroka:

a) prvi obrok **42€ ob vpisu oz. najkasneje do 30.6.2021**

b) drugi obrok **40€ do 5.7.2021**

c) tretji obrok **40€ do 1.8.2021**

**Če ste zaposleni na ZRC SAZU, prosimo, označite:**

**Kot zaposleni/a na ZRC SAZU dovolim računovodstvu ZRC, da mi obkroženi znesek odtegne pri plači za tekoči mesec DA / NE**

**Prosimo, označite:**

- otroku dovolim samostojen odhod domov po kosilu **DA / NE**

- organizatorju dovolim uporabo fotografskega in video gradiva z igralnic v promocijske namene **DA / NE**

**Naslov bivališča in e-naslov starša:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mobilni telefon starša:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVLJAM, DA BO OTROK OBISKOVAL PROGRAM RI V ZDRAVEM ZDRAVSTVENEM STANJU.**

Datum in podpis starša (lahko tudi na prvem dnevu Igralnic): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_