

Udruga za pomoć djeci s teškoćama u učenju
Šibensko-kninske županije "Izvor ljubavi"
22000 Šibenik, Stjepana Radića 54



PRISTUPNICA ZA ČLANSTVO RODITELJA

Ime: _____ Prezime: _____

Godina rođenja: _____

OIB: _____

Zanimanje: _____

Ustanova zaposlenja: _____

Adresa prebivališta/boravišta: _____

Telefon/mobitel: _____

E-mail: _____

Izjavljujem da su navedeni podaci točni, da sam upoznat sa Statutom Udruge te da ću se kao član Udruge sukladno njima ponašati.

Ova pristupnica vrijedi kao pravovaljani dokument koji će služiti u svrhu utvrđivanja članstva u udruzi.

Datum:

Potpis:

Zagorska 14
Tel : 022 / 219 – 511
Mob : 091 / 791 – 96 – 17
Web : www.izvor-ljubavi.hr
e-mail : izvor.ljubavi@gmail.com

EVIDENCIJA DJETETA

1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta : _____

Datum rođenja : _____

Adresa stanovanja : _____

Koju školu i razred pohađa : _____

2. PODACI O RODITELJIMA

	MAJKA	OTAC
IME I PREZIME		
GODINA ROĐENJA		
e- mail		
TELEFON KUĆNI		
MOBITEL		

3. DALI VAŠE DIJETE DO DANAS IMA KAKVU OBRADU ?

Ako ima napišite gdje i koju

U Šibeniku,

Potpis roditelja :