

# VPISNICA: AFTER SCHOOL CLUB (ZPTM Brežice)

Prosimo, da vpisnico izpolnite s tiskanimi črkami.

---

## 1. PODATKI O OTROKU

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Spol: M / Ž / Drugo

Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Razred (v šol. letu 2025/26): \_\_\_\_\_

Osnovna šola: \_\_\_\_\_

Ali otrok prihaja iz enostarševske družine? DA / NE

## 2. PODATKI O STARŠIH / SKRBNIKIH

Ime in priimek (mati / oče / skrbnik): \_\_\_\_\_

Telefonska številka (nujno dosegljivi): \_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega bivališča: \_\_\_\_\_

Ime in priimek (mati / oče / skrbnik): \_\_\_\_\_

Telefonska številka (nujno dosegljivi): \_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega bivališča: \_\_\_\_\_

## 3. VARNOST IN PREVZEM OTROKA

Ali bo otroka prevzela še katera druga oseba? DA / NE

Če ste obkrožili DA, navedite podatke o pooblaščenih osebi (Ime, priimek, telefon in povezava z otrokom – npr. babica, teta, soseda):

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Tel. št.: \_\_\_\_\_

Povezava z otrokom: \_\_\_\_\_

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Tel. št.: \_\_\_\_\_

Povezava z otrokom: \_\_\_\_\_

### ⚠ POMEMBNA OPOMBA GLEDE VARNOSTI:

- V kolikor bo otroka prevzela druga oseba, so starši dolžni to sporočiti **do 12. ure na dan delavnice**.
- Če otroka prevzame oseba, ki **ni navedena** v zgornjem seznamu pooblaščenih oseb, mora starš/skrbnik predložiti **izredno pooblastilo**.

#### **4. ZDRAVSTVENE POSEBNOSTI IN NUJNI PODATKI**

**Ali ima otrok kakšne alergije ali zdravstvene omejitve, ki jih moramo poznati?**

---

---

**Ali je še kaj, kar bi morali vedeti za varno in prijetno počutje vašega otroka?**

---

---

**Kraj in datum:**

---

**Podpis staršev / zakoniti skrbniki:**

---