

***Izpolni ZPM Maribor***

Otrok razvrščen v:

Baza: ......................... Izmena: ...............

Št. pogodbe: ..........................................

Dimičeva ulica 9, 1000 Ljubljana

tel.    01 239 67 20, fax.   01 239 67 22

e-pošta: [info@zpms.si](mailto:info@zpms.si), web: [www.zpms.si](http://www.zpms.si/)

**PREDLAGATELJ**: …………………………………………………………..………………............………………………....……………

…..………………….…………………………………………….........................................................…………………....……….

*/Naziv, naslov, kontaktna oseba in telefonska številka predlagatelja - Šola, CSD, ZPM, DPM, ZD…/*

# PREDLOG ZA KRITJE STROŠKOV LETOVANJA

## IZ SREDSTEV

**FIHO 2023 - LETOVANJE OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI**

Podatki so zaupni in se s pooblastilom predlagatelja uporabljajo izključno v humanitarne namene v okviru ZPM Slovenije in ZPM Maribor

#### Ime in priimek OTROKA: ………….…………………………………….…….................…………………………..………...……………

**Rojstni podatki (datum in kraj):** .................………………………………….............…………………..………………….

**Ime in priimek staršev oz. skrbnikov: …**……………………………………………..……….................…..………………

**Naslov stalnega bivališča:** ….………………………………………………………………………………………………..............

/naslov, poštna številka, naziv pošte/

…………………………………………………………………………………………………………………..…………..............……..……...

**Telefon staršev oz. skrbnikov:**: .................................................………........... /..........................................................…………………...............

/domači/ /mobilni – od staršev oz. skrbnikov/

**Elektronski naslov staršev oz. skrbnikov:** ………………………………………………...................…..………………

**Občina stalnega bivališča:** ………………………………………………………………………………………………...............

**Upravna enota:**  ………………………………………………………………………………………………...............

Predlagamo, da naj ZPM Maribor, s pomočjo vseh za letovanje razpoložljivih virov in lastnih namestitvenih možnosti, otroka napoti v prostih poletnih terminih na zanj popolnoma brezplačno letovanje.

**Obvezna priloga: IZJAVA starša/skrbnika in ODLOČBA oz. STROKOVNO MNENJE o usmerjenosti otroka.**

**OBRAZLOŽITEV (kratka navedba socialnih razmer in posebnosti, lahko tudi kot priloga):**

Kraj, datum:......................................... **ŽIG** **Predlagatelj**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ime, priimek in podpis odgovorne osebe)