

IME IN PRIIMEK OTROKA: _____

RAZRED IN OSNOVNA ŠOLA, KI JO OTROK OBISKUJE: _____

PREHRANSKE POSEBNOSTI, ALERGIJE IN PODOBNO:

IME IN PRIIMEK STARŠA ALI SKRBNIKA: _____

TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____

E-NASLOV: _____

S podpisom soglašam, da se bo moj otrok udeležil programa DigiAkademija v času od 27. do 30. oktobra 2025. Potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki točni in da bom organizatorja pravočasno obvestil/a o morebitnih spremembah (zdravstveno stanje, prehranske posebnosti ipd.).

[kraj, datum] _____

[podpis starša / skrbnika] _____