**P R I J A V N I C A - S U G L A S N O S T**

Suglasan sam da moje dijete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sudjeluje na

 14. edukativnoj CB radionici

koja će se održati u Odmaralištu „Sloga“ Koprivnica u Prvić Luci na otoku Prviću

 u dvama terminima:

1. od 5.-13. srpnja 2025.
2. od 13.-21.srpnja 2025.

(zaokružiti odgovarajući termin)

Podaci o djetetu – sudioniku radionice:

|  |  |
| --- | --- |
| OIB |  |
| Datum rođenja |  |
| Adresa (ulica i kućni broj, mjesto) |  |
| Broj telefona/mobitela |  |
| Škola i razred |  |
| Broj osobne/zdravstvene iskaznice |  |

*Svojim potpisom dajem privolu HSCB za objavu osnovnih podataka (ime i prezime, razred, škola, grad) u svrhu izvještavanja provedene aktivnosti, dok kontakt podaci, datum rođenja, OIB, broj osobne/zdravstvene iskaznice kao i zdravstveni problemi neće biti javno objavljeni niti davani trećim osobama, osim u svrhu prijave smještaja, prijevoza i osiguranja od nezgode. Isto tako, za vrijeme odvijanja programske aktivnosti, u svrhu promocije i izvještavanja snimamo aktivnosti svih sudionika naših radionica (fotografije i video zapisi) te postoji mogućnost da upravo Vaše dijete bude na slikama ili video zapisu. Slažete li se da u navedene svrhe snimamo vaše dijete?*

*DA NE*

Podaci o roditelju (staratelju):

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Br. tel./mob.:

Email:

Napomene:

 Prehrana: (vege, alergija na gluten..): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Zdravstveni problemi (alergije, terapije i sl.):

Ostalo: Mjesto i datum:

Voditelji programa: Đuka Pelcl, Predsjednik HSCB-a , 098/760-204

 Valentina Gašparović, Tajnica HSCB-a, 091/3664-128

Potpis roditelja/staratelja: