



Pomesti, da lovjamo



SOGLASJE STARŠEV

Spodaj podpisani starši otroka, _____, se strinjamo, da svetovalna služba OŠ Livada, Ljubljana posreduje naše (ime, priimek, naslov, telefonsko številko in e-poštni naslov) in osebne podatke mojega/našega otroka (ime, priimek, datum rojstva, naslov bivanja), šolskemu dispanzerju Zdravstvenega doma Ljubljana, enota Vič-Rudnik, Šestova ulica 10, 1000 Ljubljana, zaradi organizacije in izvedbe zdravniškega pregleda šolskih novincev (sistematski pregled otrok pred vstopom v šolo).

Ime in priimek starša: _____

Naslov starša: _____

Telefonska številka starša: _____

e-poštni naslov starša: _____

Datum: _____ Podpis staršev: _____

