



## Prijavnica za Art of Living počitnice 28. april – 2. maj 2010

*Prijavnica in vsi podatki so zaupni!*

Ime otroka \_\_\_\_\_

Imena staršev ali skrbnikov \_\_\_\_\_

Naslov \_\_\_\_\_ Mesto \_\_\_\_\_ Poštna št. \_\_\_\_\_

Domači tel. starša ali skrbnika \_\_\_\_\_ Tel. na delu \_\_\_\_\_ Mobilni tel. \_\_\_\_\_

Poklic \_\_\_\_\_ Otrokov roj. datum \_\_\_\_\_ Spol: M \_\_\_\_\_ Ž \_\_\_\_\_

Kratko opišite otrokovo psihično in fizično stanje \_\_\_\_\_

Prosimo, označite, če ima katero od teh stanj:  Astma  Visok krvni pritisk

Težave z dihanjem  Diabetes  Bolezni dihal  Epilepsija  Bolezen srca  Nosečnost

Zasvojenost z drogami/alkoholom/tabletami

Prosimo, opišite, če je otrok trenutno pod zdravniško oskrbo oziroma je bil pred kratkim v bolnišniški negi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prosimo, opišite, če je otrok imel ali ima psihične težave oziroma obiskuje psihologa ali terapevta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prosimo, podrobno opišite kakršnakoli zdravila, ki jih otrok jemlje:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prosimo, navedite, če ima otrok kakršnekoli alergijo (npr. na določeno hrano, zdravila, živali itd.), simptome, ki se pri tem pojavijo in potrebna zdravila oziroma postopke v takih primerih.

Alergija	Simptomi	Kaj običajno naredite v primeru alergijske reakcije?
----------	----------	--

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je vaš otrok alergičen na žita?  Da  Ne

Ali kadi?  Da  Ne

Kakšne druge opombe glede zdravja, ki bi jih morali poznati?  Da  Ne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**KONTAKT V PRIMERU ZDRAVSTVENIH TEŽAV:**

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

Naslov: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel. na delu: \_\_\_\_\_ Mobilni tel.: \_\_\_\_\_

***S podpisom tega dokumenta, potrjujem, da sem vse zgornje izpolnil resnično po svojih najboljših močeh in znanju***

*S svojim podpisom se strinjam, da moj otrok sodeluje na tečaju ART EXCEL oziroma YES! od 28.4 do 2.5. 2010, ki ga vodijo učitelji organizacije Art of Living Foundation. Moj otrok bo upošteval vsa pravila in zahteve med tečajem. V kolikor moj otrok pravil in zahtev delavnice ne bo upošteval, se strinjam, da zapusti tečaj brez povrnitve tečajnine.*

*Strinjam se tudi z uporabo fotografij in videoposnetkov med delavnico za namen promocije Art of Living programov.*

Podpis: \_\_\_\_\_ Kraj in datum: \_\_\_\_\_