

KAMP ENGLESKOG JEZIKA KELEBIJA

PRIJAVA

DATUM POLASKA: _____ **DATUM POVRATKA:** _____

PREZIME: _____ **IME:** _____

KUĆNA ADRESA: _____

GRAD i POŠT.BROJ: _____ **TELEFON:** _____

JMBG DETETA: _____

DATUM RODJENJA: _____ **STAROST:** _____

POL: _____ **E-MAIL** _____

TELEFON RODITELJA NA POSLU: _____

SPECIJALNI ZAHTEVI: dijeta, alergije, bolesti, kućni ljubimci: _____

SAGLASNOST RODITELJA

Ovim dajem saglasnost da moj sin/kći

Može pohadjati časove jahanja

Može u slučaju potrebe (povreda, bolest) primiti neophodnu i hitnu medicinsku pomoć

Takodje sam saglasan/saglasna da se fotografije sa kampa mog deteta mogu koristiti u promotivne svrhe kampa obrazovnog karaktera

Potvrđujem da prihvatam troškove otkaza u iznosu pune cene programa-100% u slučaju otkaza u roku kraćem od 10 dana pred početak programa ili u toku samog programa bez obzira na razlog otkaza

U slučaju nepridržavanja pravila i nepoštovanja reda i programa, saglasan/saglasna sam da dete može biti vraćeno kući o mom trošku, bez povraćaja novca za uplaćeni program.

OVIM POTVRĐUJEM DA SU SVI GORE NAVEDENI PODACI TAČNI I DA SAM U CELOSTI UPOZNAT/A I PRIHVATAM PROGRAM LETNJEG KAMPA ENGLESKOG JEZIKA ZA KOJI PRIJAVLJUJEM DETE.

**POTPIS RODITELJA
I BROJ LIČNE KARTE**

MESTO I DATUM



EducoTeam

Bul. kralja Aleksandra 136/1 11 000 Beograd PIB: 104129527
Tel/Fax: +381 (0) 11 344 78 41 Mob: +381 (0) 64 21 99 431
e-mail: office@educoteam.rs web: www.educoteam.rs

PRIJAVA/ENROLMENT FORM

PREZIME: _____ **IME:** _____

KUĆNA ADRESA: _____

GRAD i POŠT.BROJ: _____ **TELEFON:** _____

E-MAIL ADRESA: _____

DATUM ROĐENJA: _____ **POL:** _____

IME I PREZIME OCA: _____ **MAJKE:** _____

TELEFON (RODITELJA) NA POSLU: _____ **MOBILNI:** _____

CENTAR - GRAD I ŠKOLA : _____

TIP KURSA: _____

DATUM POLASKA: _____ **DATUM POVRATKA:** _____

DUŽINA BORAVKA: _____ **BROJ ČASOVA:** _____

TIP SMEŠTAJA: PORODICA INTERNAT/KOLEDŽ OSTALO _____

TIP SOBE: _____ **ISHRANA** _____
/opcije samo u slučaju kada škola nudi mogućnost izbora/

SPECIJALNI ZAHTEVI: dijeta, alergije, bolesti, kućni ljubimci: _____

POSEBNE NAPOMENE U VEZI EVENTUALNIH ZDRAVSTVENIH PROBLEMA:

ŽELIM PORODICU: PUŠAČE NEPUŠAČE

ŽELIM TRANSFER: DA OW RT NE

(AVIO) PREVOZ: INDIVIDUALNI POSREDSTVOM EDUCOTEAM-A

OVIM POTVRĐUJEM DA SU SVI GORE NAVEDENI PODACI TAČNI I DA SAM U CELOSTI UPOZNAT/A I PRIHVATAM PROGRAM I OPŠTE USLOVE (TERMS & CONDITIONS) ŠKOLE ZA KOJU SE PRIJAVLJUJEM I OPŠTE USLOVE POSLOVANJA EDUCOTEAM DOO, BEOGRAD

**POTPIS STUDENTA/RODITELJA
I BROJ LIČNE KARTE**

POTPIS PREDSTAVNIKA EDUCOTEAM-a

MESTO I DATUM