**OBRAZEC ZA SOGLASJE STARŠEV/SKRBNIKOV**

**(Obvezen za udeležence, mlajše od 18 let)**

**Ime udeleženca/-ke:**

**Aktivnost:**

**Lokacija aktivnosti:**

**Datum začetka aktivnosti:**

**Datum zaključka aktivnosti:**

Informacije, podane na tem obrazcu za soglasje staršev/skrbnikov, ostanejo zaupne in bodo osebju razkrite samo, če bo to potrebno. Če katerega od naslednjih vprašanj ne razumete popolnoma, če potrebujete dodatne informacije ali želite obrazložiti katerega od svojih odgovorov, je pomembno, da se takoj obrnete na organizatorja aktivnosti.

Vprašanja niso namenjena izključevanju vašega/vaše sina/hčerke/varovanca/varovanke. Namen je zagotoviti, da se starši/skrbniki, mladinski voditelji in organizatorji v polnosti zavedajo podrobnosti v zvezi s programom, morebitnih posebnih tveganj ali pomislekov in morebitne posebne podpore, ki bi jo bilo lahko potrebno zagotoviti. Najpomembnejše je zagotoviti varnost vseh udeležencev skozi celotno aktivnost in v tem smislu je vaše polno sodelovanje ključnega pomena.

**Izjava:**

1. Potrjujem, da sem seznanjen/-a s podrobnostmi o navedeni aktivnosti.
2. Soglašam, da se moj/-a sin/hči/varovanec/varovanka udeleži zgoraj navedene aktivnosti in aktivnosti, navedenih v razpisu in/ali programu.
3. Soglašam, da ga/jo predajam v skrb organizatorjev in vodij aktivnosti ter da bo prevzel/-a odgovornost do njih.
4. Seznanjen/-a sem s pravili aktivnosti in sprejemam pravila v zvezi z alkoholom, drogami in spolnostjo.
5. Moj/-a sin/hči/varovanec/varovanka ima naslednje posebne zahteve (če jih ni, označite: ne):
6. Posebne zahteve glede prehrane:
7. Katera zdravila proti gripi/bolečini sme vzeti vaš otrok, če je to nujno (oz. katerih ne sme):
8. Prosimo, navedite podrobnosti, če vaš otrok potrebuje zdravstveno oskrbo:
9. Prosimo, navedite, če vaš otrok prejema ali je prejemal zdravljenje/svetovanje zaradi fizičnih ali psihičnih težav (to ne pomeni, da se vaš otrok ne bo mogel udeležiti aktivnosti, ampak so natančne informacije nujne za zagotavljanje varnosti in primerne podpore vašemu otroku):
10. Kolikor veste, ali je bil/-a vaš/-a sin/hči/varovanec/varovanka v zadnjih štirih tednih v stiku s kakšno nalezljivo boleznijo oz. je prebolel/-a kaj, kar bi lahko bilo nalezljivo?
	* DA / NE
	* Če DA, opišite podrobneje:
11. Ali je imel/-a sin/hči/varovanec/varovanka pred kratkim kakšno poškodbo? Če da, kakšno:
12. Kdaj je bil/-a vaš/-a sin/hči/varovanec/varovanka zadnjič cepljen/-a proti tetanusu:
13. Soglašam, da se v naslednjih okoliščinah mojega/-o sina/hči/varovanca/varovanko lahko pošlje domov:
14. Če krši pravila aktivnosti.
15. Če se obnaša neprimerno ali žaljivo do gostiteljske skupnosti ali če s svojim obnašanjem ogroža druge oz. povzroča premoženjsko škodo.
16. Če to zahtevajo zdravstveni razlogi.

V primeru zgornjih točk a) in b) soglašam, da je to lahko moja odgovornost in strošek.

1. Zavezujem se, da bom takoj, ko bo mogoče, koordinatorjem aktivnosti sporočil/-a morebitne spremembe v zdravstvenem stanju od datuma podpisa do začetka aktivnosti.
2. Soglašam, da moj/-a sin/hči/varovanec/varovanka prejme predpisana zdravila oziroma nujno zdravstveno, zobozdravstveno ali kirurško pomoč, vključno z anestezijo ali transfuzijo krvi, ki bi jih odredilo prisotno zdravstveno osebje.
3. Kontaktni podatki v nujnih primerih
* Domači telefon:
* Telefon v službi:
* Mobilni telefon:
1. Druga kontaktna oseba (če vas slučajno ni mogoče dobiti)
* Ime:
* Razmerje do udeleženca/-ke:
* Domači telefon:
* Telefon v službi:
* Mobilni telefon:
* Ime osebnega zdravnika:
* Naslov:
* Telefon:

**Izjavljam, da sem prebral/-a vse zgoraj zapisane izjave in izpolnil/-a vse razdelke v skladu z mojim vedenjem.**

**Podpis:**

**Datum:**

**Ime starša/skrbnika (z velikimi tiskanimi črkami):**

**Naslov:**