OSNOVNA ŠKOLA

ANTUNA MIHANOVIĆA PETROPOLJSKOG

DRNIŠ

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

Ime i prezime roditelja /staratelja (čitko):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Suglasan/na sam da moje dijete sudjeluje u izvanučioničkoj nastavi koja ne uključuje upotrebu prijevoza što potvrđujem svojim potpisom. Suglasnost se odnosi na: izlazak iz škole pod vodstvom učitelja u svrhu upoznavanja prirodnih i kulturnih znamenitosti mjesta, posjet ustanovama, prisustvovanje kulturnim događajima tijekom školske godine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Suglasan sam s gore navedenim (zaokružite): DA NE

Potpis roditelja /staratelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Suglasan/na sam da se na web stranici škole, drugim elektroničkim medijima i časopisima u kojima se prezentira rad naše škole, tijekom školske godine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., objavljuju fotografije mog djeteta i njegovi uradci u školskim i izvanškolskim aktivnostima što potvrđujem svojim potpisom.

Suglasan sam s gore navedenim (zaokružite): DA NE

Potpis roditelja /staratelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Suglasan/na sam da se zdravstveni pregled, predavanja te cijepljenje mog djeteta od strane školske liječnice obavljaju u prostorima škole te u školskoj ambulanti (u sklopu Doma zdravlja Drniš) u školskoj godini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ukoliko se ne slažete s navedenim, kao roditelj /staratelj dužni ste odvesti dijete na pregled i cijepljenje u Dom zdravlja u Šibeniku.

Suglasan sam s gore navedenim (zaokružite): DA NE

Potpis roditelja /staratelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_