

DRUŠTVO DOWNOV SINDROM SLOVENIJA

Samova 9

1000 Ljubljana

PRISTOPNA IZJAVA

Izjavljam, da želim postati član (-ica) Društva Downov sindrom Slovenija

1. V kolikor se želite včlaniti kot **družina, ki ima otroka z DS**, vas prosimo, da izpolnite spodnje podatke in navedete podatke vseh članov družine

ime in priimek

datum rojstva

Oseba z DS : _____

Mati osebe z DS : _____

Oče osebe z DS : _____

Sorojenci osebe z DS : _____

Naslov : _____

E-mail naslov : _____

Telefon : _____

2. V kolikor se želite včlaniti kot **strokovnjak**, izpolnite spodnje podatke :

Ime in priimek : _____

Naslov : _____

Področje dela in zaposlitev : _____

E-mail naslov : _____

3. **Drugo** (kaj) _____

Ime in priimek : _____

Naslov : _____

Področje dela in zaposlitev : _____

E-mail naslov : _____

Ustrezno obkrožite :

Želim prejemati obvestila po pošti na naslov, naveden v pristopni izjavi

DA NE

Želim prejemati obvestila po elektronski pošti na e-naslov, naveden v pristopni izjavi

DA NE

Kot starš / skrbnik otroka s posebnimi potrebami dovolim objavo slik svojega otroka na spletni strani društva

DA NE

Pristopno izjavo pošljite na naslov :

Društvo Downov sindrom Slovenija

Samova 9

1000 Ljubljana

ali

downov.sindrom.slo@gmail.com

Kraj in datum :

Podpis :