**PRIVOLITEV ZA PREVOZ OTROKA**

**Dovoljujem prevoz otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **do najbližjega zdravstvenega doma v primeru medicinske pomoči, ko glede na stanje bolezni oz. poškodbe otroka ni potreben prevoz z reševalnim vozilom.**

DA / NE

* **za potrebe udeležbe v programu v primeru, ko je zaradi zdravstvenega stanja otroka otežkočeno njegovo gibanje.**

DA / NE

CŠOD podpisnika te privolitve obvešča, da se podatek zbira za namen izvedbe programa v CŠOD in podatek ne bo nadalje uporabljen*.* Po izvedbi programa bo CŠOD podatek trajno izbrisal.

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

 (kraj, datum) (ime in priimek starša, skrbnika ali zakonitega zastopnika)

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

(podpis starša, skrbnika ali zakonitega zastopnika)