



DRUŠTVO SOŽITJE OBALNIH OBČIN-
Društvo za pomoč osebam v duševnem razvoju
JURČIČEVA 2
6000 KOPER

P R I S T O P N A I Z J A V A

PRIIMEK IN IME:

Kraj bivanja: _____

Ulica in številka: _____

Pošta in poštna številka: _____

Poklic: _____

Zaposlen: _____

Telefon doma: _____ **Telefon služba:** _____

IZJAVLJAM

da želim postati član(ica) DRUŠTVA SOŽITJE OBALNIH OBČIN – Društva za pomoč OMDR,
Jurčičeva 2, 6000 Koper kot

a) -oče/mati osebe z duševno prizadetostjo

-skrbnik

-brat/sestra

-dedek/babica

Priimek in ime OMDR:

Datum rojstva:

Ki je vključen/a v VDC(varstveno delovni center)-kje: _____

Obiskuje vrtec ali razvojni oddelek v vrtcu-kje: _____

Oš s prilagojenim programom-kje: _____

OVI-oddelke vzgoje in izobraževanja-kje: _____

Je doma, ni vključen nikamor- navedite naslov: _____

Zavod za usposabljanje-kje:

Invalidsko podjetje-kje:

Ostalo-navedite kaj in kje:

b) strokovni delavec na področju:

c) podporni član: _____

d) drugo (navedite kaj):

Kraj in datum: _____

Podpis:

**Če želite včlaniti v društvo osebo z motnjo v duševnem razvoju,
izpolnite sledečo izjavo:**

Kot zakoniti zastopnik (ime in priimek):

iz (naslov)

**ga/jo v njegovem imenu včlanjam v Društvo Sožitje obalnih občin - društvo za pomoč OMDR,
Jurčičeva 2, 6000 Koper.**

Kraj in datum:

**Podpis staršev oz. zakonitega
zastopnika:**

*** Podatke iz te pristopne izjave bomo uporabljali izrecno za potrebe delovanja društva in jih ne bomo ko
osebne podatke posredovali drugim!**