

DRUŠTVO STARŠEV OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI



PRISTOPNA IZJAVA

IME:
PRIIMEK:
NASLOV:
POŠTA:
TELEFON:
E-MAIL:

S podpisom izjavljam, da želim postati član/ica Društva staršev otrok s posebnimi potrebami, da sem seznanjen/a s statutom društva in da sem pripravljen/a spoštovati ter delovati skladno s statutom društva.

DATUM:
PODPIS: