

# **DRUŠTVO STARŠEV OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI**



## ***PRISTOPNA IZJAVA***

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

S podpisom izjavljam, da želim postati podporni član/ica Društva staršev otrok s posebnimi potrebami.

DATUM:
PODPIS: