**PRIJAVNICA ZA POČITNIŠKO VARSTVO V ORGANIZACIJI OBČINE ANKARAN IN ORTOPEDSKE BOLNIŠNICE VALDOLTRA**

**PODATKI O STARŠIH OZ. SKRBNIKIH**:

IME IN PRIIMEK MATERE (SKRBNICE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONSKA. ŠT.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-NASLOV (PIŠITE ČITLJIVO):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IME IN PRIIMEK OČETA (SKRBNIKA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONSKA. ŠT.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-NASLOV (PIŠITE ČITLJIVO):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STARŠ ZAPOSLEN V ORTOPEDSKI BOLNIŠNICI VALDOLTRA (OBKROŽI): DA NE

**PODATKI O OTROKU**

IME IN PRIIMEK:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NASLOV:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM ROJSTVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSNOVNA ŠOLA, KI JO OBISKUJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RAZRED, KI GA JE OBISKOVAL V ŠOLSKEM LETU 2024/2025: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

STALNO PREBIVALIŠČE V OBČINI ANKARAN (OBKROŽI): DA NE

TERMINI, V KATERE PRIJAVLJAM OTROKA (označite s križcem; otrok se lahko prijavi **najmanj za en teden**, lahko pa v več različnih terminih):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | 30. 6. –  4. 7. 2025 |   | **F** | 4. 8. – 8. 8. 2025 |
| **B** | 7. 7. – 11. 7. 2025 |   | **G** | 11. 8. – 14. 8. 2025 |
| **C** | 14. 7. – 18. 7. 2025 |   | **H** | 18. 8. – 22. 8. 2025 |
| **D** | 21. 7. – 25. 7. 2025 |   | **I** | 25. 8. – 29. 8. 2025 |
| **E** | 28. 7. – 1. 8. 2025 |  |

Starši izjavljajo (ustrezno obkrožite):

1. Moj otrok **je plavalec** in pri plavanju ne potrebuje pomoči.
2. Moj otrok **je neplavalec** in si pri plavanju pomaga s pripomočki za plavanje (rokavčki, plavalni obroč).
3. Moj otrok **nima bolezni** **ali vedenjskih težav**, ki bi ogrožale njegovo zdravje oz. bolezni, katere stanje bi se zaradi aktivnosti v varstvu lahko poslabšalo oz. bi zahtevala posebno obravnavo, ali vedenjskih težav.
4. Moj otrok **ima naslednje zdravstvene oz. vedenjske težave**:

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

1. Moj otrok **potrebuje in ima zagotovljenega spremljevalca**, ki je odgovoren in usposobljen za izvajanje celovite skrbi za otroka.
2. Moj otrok **nima alergij** in lahko uživa vso hrano.
3. Moj otrok **ima alergijo** na naslednja živila, ki jih ne sme uživati, ali na druge alergene:

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

Prednost pri prijavi imajo otroci, ki so občani Ankarana ter otroci zaposlenih v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, ki so v šolskem letu 2024/2025 obiskovali 1., 2., 3., 4. ali 5. razred. V primeru prostih mest se lahko v varstvo vključijo tudi otroci, ki niso občani Ankarana.

Okvirno število otrok, ki bodo vključeni v počitniško varstvo, je 50 in se sporazumno lahko prilagaja glede na morebitne spremenjene okoliščine (npr. epidemiološki ukrepi).

Za otroke s posebnimi potrebami, ki potrebujejo spremstvo, morajo ustrezno spremstvo zagotoviti starši oz. skrbniki.

**Prijave** sprejemamo **do zapolnitve prostih mest** oz. do vključno **4. 6. 2025.**

Prispevek staršev:

* + **9 EUR/dan oz. 45 EUR/teden (stalno prebivališče ali OBV),**
	+ **12 EUR/dan oz. 60 EUR/teden (otroci brez stalnega prebivališča v občini Ankaran).**

Starši so dolžni strošek prehrane poravnati do datuma navedenega na računu, ki bo izdan po zaključku koledarskega meseca. **Za socialno ogrožene je v skladu z Odlokom o dodeljevanju socialnih pomoči v občini Ankaran omogočeno brezplačno varstvo do največ 3 tedne**.

**Izpolnjeno prijavnico** lahko pošljete na naš naslov **Občina Ankaran, Jadranska cesta 66, 6280 Ankaran,** lahko jo **osebno oddate na vložišču** v prostorih občinske uprave Občine Ankaran na Regentovi 2 ali **pošljete podpisano in skenirano po elektronski pošti** na naslov **varstvo@obcina-ankaran.si.** Prijava se zaključi in šteje kot veljavna šele po potrditvi s strani organizatorja, kar je odvisno od **prostih mest** za želene termine v času prijave.

**Pogoji za vključitev otrok v počitniško varstvo**

Občina Ankaran (organizator varstva) v času šolskih počitnic od 30. 6. do 29. 8. 2025 v sodelovanju z Ortopedsko bolnišnico Valdoltra (v nadaljevanju OBV) organizira poletno počitniško varstvo šolskih otrok 1., 2., 3., 4. ali 5. razreda osnovne šole (razred zaključen v 2025), ki se izvaja v prostorih OBV, in na plaži v Valdoltri ter po programu organizatorja na drugih lokacijah.

Počitniško varstvo se izvaja od ponedeljka do petka od 7.00 do 17.00. Počitniško varstvo se ne izvaja ob dela prostih dneh v Republiki Sloveniji, določenih z veljavnim zakonom.

Organizator varstva bo počitniško varstvo, v katerega je otrok vključen, izvajal po vnaprej sprejetem programu organizatorja varstva, z ustrezno usposobljenim osebjem, ob spoštovanju otrokovih pravic ter v skladu z določili Splošnih pogojev počitniškega varstva, ki so sestavni del te prijave.

Otroci, vključeni v počitniško varstvo, imajo zagotovljeno prehrano (zajtrk, malica, kosilo, popoldanska malica), ki je organizirana v okviru OBV.

Prispevek staršev otrok, ki niso občani Ankarana oziroma starši niso zaposleni v OBV, je 12EUR na dan.

Starši soglašajo, da se otrok pod nadzorom strokovnega osebja počitniškega varstva in ob prisotnosti reševalca iz vode udeleži kopanja na plaži v Valdoltri ter ob tem izjavljajo, da so seznanjeni, da plaža v Valdoltri ne sodi med urejena kopališča skladno z veljavno zakonodajo.

**PODATKI ZA RAČUN**

IME IN PRIIMEK PLAČNIKA (pišite čitljivo in s tiskanimi črkami): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NASLOV:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMŠO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DAVČNA ŠTEVILKA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVA**

Podpisani izjavljam, da:

* s svojim podpisom potrjujem, da se strinjam, spoštujem in sprejemam zgornje pogoje za vključitev otroka v varstvo ter Splošne pogoje počitniškega varstva, ki so priloga in sestavni del te prijavnice,
* so vsi podatki, navedeni v prijavnici, resnični, popolni in ne zavajajoči, za kar prevzemam popolno odgovornost,
* z oddajo prijavnice dovoljujem, da se moji osebni podatki shranjujejo in obdelujejo za potrebe izvedbe počitniškega varstva. Morebiten umik soglasja bom sporočil/a na naslov odd@obcina-ankaran.si.

Kraj in datum Podpis staršev

*Izpolni referent Občine Ankaran*

Potrjujem sprejem otroka v počitniško varstvo: - v vseh prijavljenih terminih - le v nekaterih terminih (opombe)

Opombe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_