

**PRIJAVNICA
za seminar**

**OTROCI S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO (SAM)
V PREDŠOLSKEM OBDOBJU**

v soboto, 3. marca 2018 s pričetkom ob 8.30 uri

**na Osnovni šoli Koper,
Cesta Zore Perello – Godina 1, Koper**

Ime in priimek: _____

Ulica, naselje: _____

Poštna številka in kraj: _____

e-naslov: _____

Telefonska številka, GSM: _____

Na seminar se prijavljam kot (navedite: npr. učitelj, strokovni delavec, starš, spremljevalec, študent, drugo ...):

Plačnik kotizacije je: _____

Ime in naslov ustanove (če je plačnik kotizacije ustanova) _____

Podpis: _____