Naziv zavoda:

Naslov:

Naziv organizacije, ki je odgovorna za izvajanje preventivnega programa:

Datum izdanega soglasja:

Soglasje velja za leto: **2024**

**ZADEVA: SOGLASJE ZA IZVAJANJE PROGRAMA V ZAVODU/ZA ZAVOD – SKLOP D - PROGRAMI IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA STARŠEV IN/ALI DRUŽIN**

*OPOZORILO! Na enem obrazcu je lahko izdano soglasje le za en program! Če soglasje ne bo v celoti izpolnjeno, ne bo veljavno!*

*Podpis soglasja s strani odgovorne osebe pomeni, da je le-ta seznanjena s cilji, nameni in bistveno vsebino tega preventivnega programa, ki izpolnjuje ugotovljene potrebe ciljne skupine v tem zavodu ali za ta zavod.*

**NAZIV PROGRAMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KRAJ IZVAJANJA PROGRAMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*OPOZORILO! Posamezna izvedba izobraževanja in/ali usposabljanja mora trajati najmanj 3 ure (vključena priprava in evalvacija po izvedenem srečanju)*

*Napišite vse podatke v tabelo spodaj – ZA VSAKO SKUPINO STARŠEV POSEBEJ –* ***1 SKUPINA MORA TVORITI NAJMAN 5 UDELEŽENCEV!***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Termin – datum in ura (od-do – najmanj v trajanju 3 ur):** | **Tema:** | **Izvajalec – ime in priimek (na eno skupino staršev je dovoljen 1 izvajalec):** | **Predvideno število staršev:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SKUPAJ PREDVIDENIH IZVEDB:****SKUPAJ PREDVIDENIH UR:** |  | **SKUPNO ŠTEVILO VSEH PREDVIDENIH IZVAJALCEV:** | **PREDVIDENO SKUPNO ŠTEVILO STARŠEV:** |

Za koordinacijo programa je v našem zavodu odgovoren/na: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, v funkciji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ki bo za morebitna vprašanja dosegljiv/a na tel. št\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in na e naslovu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Starše bomo seznanili o izvajanju tega preventivnega programa v našem zavodu oz. jih povabili k sodelovanju.

Zavod sofinancira udeležbo staršev v programu.

**DA NE**

 ***(USTREZNO OBKROŽITE!)***

**IZJAVA**

1. Spodaj podpisani, kot odgovorna oseba zgoraj navedenega zavoda izjavljam, da bomo za izvedbo tega programa doplačali znesek v skupni višini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EUR (znesek pomeni za vse udeležence in vse termine izobraževanja iz posameznega zavoda).

Ime in priimek odgovorne osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ŽIG

Podpis odgovorne osebe:

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

Opomba: V besedilu uporabljeni izrazi, zapisani v moški  slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.