

PRISTUPNICA

U IK JAVOR OSIJEK

IME I PREZIME:

IME RODITELJA: _____

ADRESA: _____

TELEFON: _____

DATUM ROĐENJA: _____

MJESTO ROĐENJA: _____

NAZIV ŠKOLE: _____

RAZRED: _____

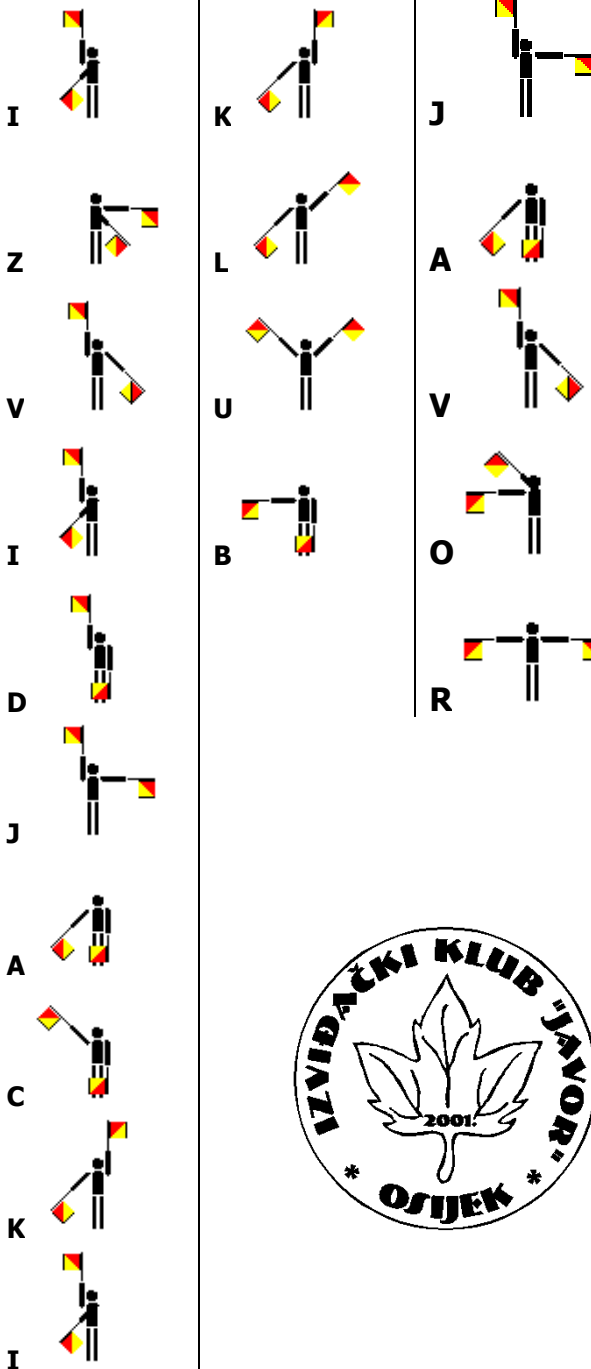
IME I PREZIME RAZREDNIKA (RAZREDNICE):

ŽELIM POSTATI ČLAN IZVIĐAČKOG KLUBA JAVOR
ŠTO POTVRĐUJEM SVOJIM POTPISOM, A
SUGLASNOST MI DAJE RODITELJ ILI STARATELJ.

U OSIJEKU, _____

POTPIS ČLANA IK JAVOR OSIJEK

POTPIS I SUGLASNOST RODITELJA ILI STARATELJA
(za članove mlađe od 16 godina)



IZVIĐAČKI KLUB

JAVOR



Osijek



Web: www.ik-javor.hr

Adresa Izviđačkog kluba JAVOR:

Osijek, Z.I.Jovanovića 21

Mail: ikjavor@gmail.com