

PRIJAVNICA

Prijavljam se na usposabljanje za osebne asistente odraslih oseb s spektroavtistično motnjo (SAM).

Priimek in ime					
Naslov					
e-mail ali drugi kontakt					
Status					
Zaposlen		Študent		Drugo	
Odnos do oseb s SAM					
Starš, skrbnik, druga sorodstvena vez	Spremljevalec otroka s SAM	Asistent odrasle osebe s SAM	Nisem v stiku z nobeno osebo s SAM	Drugo -----	
Izkušnje z avtizmom					
Nimam izkušenj		Imam malo izkušenj		Imam izkušnje	
Želeni kraj usposabljanja	Ljubljana	Obala			
Prostovoljstvo					
Navedite dosedanje izkušnje na področju prostovoljstva					
Moje sporočilo ali vprašanja:					

Kraj _____

Datum _____

Podpis