



AKTIVNO INKLUZIVNO

Socialna vključenost invalidov na področju športa v obdobju 2024 – 2028



Priloga 3

Pooblastilo za potrditev prisotnosti udeležencev na vadbi

Naziv organizacije: _____

Naziv vadbenega programa: _____

Spodaj podpisani/-a (*dodaj ime in priimek*), odgovorna oseba zakonitega zastopnika organizacije:

izjavljam, da pooblašчам

Ime in priimek pedagoga/spremljevalca/drugo: _____

da v okviru izvajanja vadbenega programa _____ v okviru operacije Aktivno inkluzivno potrjuje prisotnost udeležencev na listi prisotnosti v primerih, ko se udeleženci zaradi svoje oviranosti, zdravstvenega stanja ali drugih objektivnih razlogov ne morejo lastnoročno podpisati.

S podpisom na listi prisotnosti pooblaščenca oseba potrjuje dejansko prisotnost posameznega udeleženca na izvedeni vadbi.

To pooblastilo velja za obdobje od _____ do _____ oziroma do njegovega preklica.

V/na _____, dne _____

Zakoniti zastopnik organizacije

Ime in priimek: _____

Podpis: _____

Žig (če ga organizacija uporablja)

Pooblaščenca oseba

Ime in priimek: _____

Podpis: _____



Sofinancira
Evropska unija



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA GOSPODARSTVO,
DELO IN ŠPORT

