

P R I J A V A
k opravljanju preizkusa ročnih spretnosti, sposobnosti razlikovanja barv in
smisla za oblikovanje

....., rojen-a.....,
(ime in priimek kandidata-ke) (dan, mesec, leto)

stanujoč-a.....,
(naslov) (poštna številka in kraj)

telefon kandidata:,

e-naslov kandidata:,

telefon enega od staršev:,

e-naslov enega od staršev: (PIŠI ČITLJIVO!),

prijavljam se k opravljanju preizkusa ročnih spretnosti, sposobnosti razlikovanja barv in smisla za oblikovanje za izobraževalni program **Zobotehnik**.

na šoli:
SREDNJA ŠOLA ZA FARMACIJO, KOZMETIKO IN ZDRAVSTVO,
Zdravstvena pot 1, 1000 Ljubljana

Datum

.....
Podpis kandidata

.....
Podpis staršev

POTRDILO O PRIJAVI K PREIZKUSU ROČNIH SPRETNOSTI, SPOSOBNOSTI RAZLIKOVANJA BARV
IN SMISLA ZA OBLIKOVANJE

Kandidat-ka.....rojen-a.....se je dne.....

na šoli: SREDNJI ŠOLI ZA FARMACIJO, KOZMETIKO IN ZDRAVSTVO V LJUBLJANI prijavil-a k preizkusu ročnih spretnosti, sposobnosti razlikovanja barv in smisla za oblikovanje.

Datum.....

M.P.

Podpis odgovorne osebe

.....