IZJAVA O UDELEŽBI

Podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rojen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ izjavljam,

da se bom v celoti udeležil/a vseh aktivnosti programa ReActing.

V primeru odpovedi ali izogibanja obveznostim, bom povrnil/a vse morebitne stroške,

ki bodo nastali zaradi moje odsotnosti.

Razlog odpovedi sta lahko le višja sila ali bolezen.

Bolezen bom dokazal/a z bolniškim opravičilom.

Podpis:

Datum: