



## VPISNI LIST

Ime in priimek  
učenca

	<b>Spol – M    Ž</b> (ustrezno okkrožite)
--	--

Datum rojstva

Kraj rojstva

EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naslov

Telefonska številka

+												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Program

**A    B    C    D    E**

ustrezno okkrožite

izbirni predmet

Zdravstvene  
posebnosti učenca

Ime in priimek  
staršev oz. skrbnika

Telefonska številka

+												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail

Kraj in datum

Podpis staršev oz. učenca