



Številka: _____

Datum prejema : _____

izpolni tajništvo CSGM

POLETNA REZERVACIJA
(plačilo v času odsotnosti 30 %)

IME IN PRIIMEK STARŠA:.....

IME IN PRIIMEK OTROKA:.....

OBČINA STALNEGA BIVALIŠČA:.....

NAPOVEDANA ODSOTNOST:

Od.....do.....

V Mariboru.....

Podpis staršev: _____

Prosimo, da poletno rezervacijo oddate osebno ali po pošti 15 dni pred želenim datumom rezervacije, v tajništvo CSGM.

