

**VLOGA**

**ZA UVELJAVITEV PRAVICE DO ZNIŽANJA OZIROMA OPROSTITVE PLAČILA VRTCA
ZA ČAS NEPREKINJENE ODSOTNOSTI OTROKA IZ VRTCA ZARADI DALJŠE BOLEZNI**

1. **VLOGA STARŠEV**

Podpisani/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uveljavljam pravico do znižanja oz. oprostitve plačila vrtca za otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki obiskuje Vrtec pri OŠ Lovrenc na Pohorju in je bil v času od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ neprekinjeno odsoten iz vrtca. Zaradi bolezni ga ni bil zmožen obiskovati, kar je razvidno iz na tej vlogi izpolnjenega potrdila zdravnika - pediatra oz. drugega otrokovega izbranega zdravnika.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vlagatelja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **POTRDILO ZDRAVNIKA**

Potrjujemo, da je bil otrok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ v časuod \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zaradi bolezni nezmožen obiskovati vrtec.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_