

Naziv zdravstvenega doma oz.
zdravstvene postaje:

P O T R D I L O

za uveljavljanje nižjega plačila vrtca zaradi bolniške odsotnosti otroka

Potrjujemo, da otrok (ime in priimek) _____,

stanujoč (naslov in kraj prebivališča otroka) _____,

rojen (dan, mesec, leto) _____, **ki je vključen v vrtec** (naziv vrtca) _____

_____, zaradi bolezni oziroma drugih zdravstvenih

težav ni mogel biti vključen v vrtec ali ni priporočljivo, da bi bil vključen v vrtec v času

od _____ do _____.

V _____.

dne _____.

(podpis)