

Naziv zdravstvenega doma oz.
zdravstvene postaje:

POTRDILO

Potrjujemo, da otrok _____,
(priimek in ime otroka)

stanujoč _____,
(naslov in kraj prebivališča otroka)

rojen _____, ki je vključen v vrtec _____, zaradi bolezni oz. drugih
(rojstni podatki) (naziv vrtca)

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

v času od _____ do _____.

Potrdilo se izdaja za uveljavljanje nižjega plačila vrtca.

Kraj in datum: _____

Žig

(podpis)