

Naziv zdravstvenega doma oz.
zdravstvene postaje:

.....
.....
.....
.....

POTRDILO

Potrujemo, 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 vrta)

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 vrta.

Kraj in datum:.....

Žig

.....
(podpis)