\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ime in priimek vlagatelja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Naslov

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vrtec pri OŠ Juršinci

Juršinci 19

2256 Juršinci

**VLOGA ZA UVELJAVLJANJE OPROSTITVE PLAČILA VRTCA ZA DALJŠE OTROKOVE ODSOTNOSTI ( zaradi bolezni ali poškodbe)**

Na podlagi Sklepa Občinskega sveta Občine Juršinci, št. 410-0075/2014-2, ki je bil objavljen v Uradnem vestniku št. 3/2014,

uveljavljam oprostitev plačila vrtca zaradi bolezni ali poškodbe za otroka rezervacijo za

otroka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

iz skupine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do vključno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (prvi dan odsotnosti) (zadnji dan odsotnosti)

Prilagam ustrezno zdravniško potrdilo.

Podpis vlagatelja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ime in priimek vlagatelja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Naslov

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vrtec pri OŠ Juršinci

Juršinci 19

2256 Juršinci

**VLOGA ZA UVELJAVLJANJE OPROSTITVE PLAČILA VRTCA ZA ČAS DALJŠE OTROKOVE ODSOTNOSTI (zaradi bolezni ali poškodbe)**

Na podlagi Sklepa Občinskega sveta Občine Juršinci, št. 410-0075/2014-2, ki je bil objavljen v Uradnem vestniku št. 3/2014,

uveljavljam oprostitev plačila vrtca zaradi bolezni ali poškodbe za otroka:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

iz skupine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do vključno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(prvi dan odsotnosti) (zadnji dan odsotnosti)

Prilagam ustrezno zdravniško potrdilo.

Podpis vlagatelja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_