

Datum: _____

Priloga A

IZJAVA STARŠEV

S podpisom eden od staršev oz. skrbnikov izjavlja, da je bil njegov otrok zaradi navedenega bolezenskega stanja pregledan pri zdravniku, ki je naročil, **da se sme otrok po preboleli bolezni (z upoštevanjem trajanja kužnosti) oz. poškodbi vrniti v vrtec.**

Ime in priimek otroka: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Bolezensko stanje: _____

Ime in priimek zdravnika: _____ Zdravstveni zavod: _____

Ime in priimek starša oz. skrbnika:

Podpis starša oz. skrbnika:

Datum: _____

Priloga A

IZJAVA STARŠEV

S podpisom eden od staršev oz. skrbnikov izjavlja, da je bil njegov otrok zaradi navedenega bolezenskega stanja pregledan pri zdravniku, ki je naročil, **da se sme otrok po preboleli bolezni (z upoštevanjem trajanja kužnosti) oz. poškodbi vrniti v vrtec.**

Ime in priimek otroka: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Bolezensko stanje: _____

Ime in priimek zdravnika: _____ Zdravstveni zavod: _____

Ime in priimek starša oz. skrbnika:

Podpis starša oz. skrbnika: