

## 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 oz. poškodbi vrniti v vrtec.

Ime in priimek otroka: \_\_\_\_\_, datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Bolezensko stanje: \_\_\_\_\_

Ime in priimek zdravnika: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

Zdravstveni

zavod: \_\_\_\_\_

Naslov zavoda: \_\_\_\_\_

Otrok je bil pregledan dne: \_\_\_\_\_

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis starša oz. zakonitega zastopnika: \_\_\_\_\_