

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 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)