



OŠ Janka Kersnika Brdo

VVE MEDO



### 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: \_\_\_\_\_

Omejitve pri vključitvi v vrtec: \_\_\_\_\_

Ime in priimek zdravnika: \_\_\_\_\_

Tel. številka \_\_\_\_\_

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

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

Otrok je bil pregledan (datum): \_\_\_\_\_

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

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

Podpis: \_\_\_\_\_