



Naziv zdravstvenega doma oz.  
zdravstvene postaje:

---

---

---

---

## POTRDILO

Potrjujemo, da otrok \_\_\_\_\_,  
stanujoč \_\_\_\_\_,  
rojen \_\_\_\_\_, ki je vključen v vrtec \_\_\_\_\_,  
zaradi bolezni oz. drugih zdravstvenih težav ni mogel biti vključen v vrtec ali ni bilo  
priporočljivo, da bi bil vključen v vrtec v času od \_\_\_\_\_ do  
\_\_\_\_\_.

Potrdilo se izdaja za uveljavljanje nižjega plačila vrtca.

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

Žig

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