

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  
(rojstni podatki) (naziv vrtca)

Bolezni oz. drugih 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)