

Naziv zdravstvenega doma oz.
zdravstvene postaje:

.....
.....
.....

P O T R D I L O

Potrjujemo, da otrok.....
(priimek in ime otroka)

stanujoč.....
(naslov in kraj prebivališča otroka)

rojen....., ki je vključen v vrtec....., zaradi bolezni
(rojstni podatki) (naziv vrtca)

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 zdravnika)