OSNOVNA ŠOLA

LJUBNO OB SAVINJI

CESTA V RASTKE 10

ENOTA VRTEC PRI ŠOLI

**ZAHTEVEK ZA BOLNIŠKO ODSOTNOST**

Podpisani starš/skrbnik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime in priimek starša/skrbnika)

otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime in priimek otroka)

uveljavljam pravico do bolniške odsotnosti za obdobje

od \_\_\_\_. \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_. \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prilagam zdravniško potrdilo (obkroži):

1. PEDIATRA,
2. SPECIALISTA

Datum: Podpis staršev/skrbnikov:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bolezensko rezervacijo lahko uveljavljate za čas nepretrgane bolezenske odsotnosti otroka, daljše od 15 delovnih dni, na podlagi ustreznega zdravniškega potrdila.**