



ZDRAVSTVENA REZERVACIJA

Podpisani _____ uveljavljam zdravstveno
(ime in priimek starša)

rezervacijo za otroka _____,
(ime in priimek otroka)

iz enote _____, skupina _____.

Rezervacijo uveljavljate preko celega leta za čas odsotnosti otroka zaradi bolezni, ki traja **najmanj 4 tedne ali več**. Uveljavljate jo z zdravniškim potrdilom pred boleznijo, med potekom bolezni ali najkasneje en teden po ponovnem prihodu otroka v vrtec (pogoji veljajo za otroke, ki imajo stalno bivališče v občini Ig).

Cena zdravstvene rezervacije predstavlja **40 % cene**, ki jo starši sicer plačujete za vrtec po odločbi (velja samo za otroke s stalnim bivališčem v občini Ig). Starši za drugega in nadaljnje otroke v vrtcu **ne morete uveljavljati** rezervacije (Ur. l. št.14/23. 2. 2016).

Zdravstveno rezervacijo uveljavljamo od _____

do _____.

Datum ponovnega prihoda otroka vrtec: _____

Datum:

Podpis staršev oz. zakonitih zastopnikov:

Rezervacijo sprejel:

=====ODREŽI=====

POTRDILO ZA STARŠE



Potrjujemo prejem zdravstvene rezervacije za otroka _____,

iz enote _____, skupina _____.

Datum:

Podpis strokovne delavke:
