

**IZJAVA STARŠEV – vrnitev otroka v vrtec po preboleli bolezni oz.
poškodbi**

S podpisom eden od staršev oz. skrbnikov izjavljam, da je bil moj otrok zaradi navedenega bolezenskega stanja pregledan pri zdravniku, ki je opredelil, da se sme otrok po preboleli bolezni oziroma poškodbi vrniti v vrtec.

Ime in priimek otroka: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Bolezensko stanje: _____

Ime in priimek otrokovega zdravnika, ki je odobril vrnitev v vrtec:

Zdravstveni zavod: _____

Naslov: _____

Otrok je bil pregledan (datum): _____

Ime in priimek enega od staršev oz. skrbnikov: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Op: Obrazca NI POTREBNO nositi v potrditev v zdravstveni dom; obrazec izpolni starš / skrbnik, z navedbo zdravnika in ustanove in ga odda strokovnim delavcem oddelka.