****

O B Č I N A

**SLOVENSKA BISTRICA**

# O b č i n s k a u p r a v a

Oddelek za družbene dejavnosti

Kolodvorska 10, 2310 Slovenska Bistrica

**telefon:** h.c. + 386 2 / 843 28 20, 81 81 912, **fax:** + 386 2 / 843 28 50 **e-mail:** obcina@slov-bistrica.si

**uradna spletna stran** http://www.slovenska-bistrica.si

**VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO OPROSTITVE PLAČILA VRTCA ZA ČAS NEPREKINJENE ODSOTNOSTI OTROKA ZARADI DALJŠE BOLEZNI/POŠKODBE (najmanj 20 oziroma do največ 30 delovnih dni na leto)**

1. ***VLOGA STARŠEV***

Podpisana(i)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ s stalnim prebivališčem

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uveljavljam na osnovi 4. člena sklepa o določitvi cen programov v vrtcih na območju občine Slovenska Bistrica (Uradni list RS, št. 55/12), pravico do znižanja oziroma oprostitve plačila vrtca za otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki obiskuje Vrtec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.V času od \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_ je bil neprekinjeno odstoten iz vrtca, ki ga zaradi bolezni ni bil zmožen obiskovati; kar je razvidno iz na tej vlogi izpolnjenega potrdila zdravnika – pediatra oziroma drugega otrokovega izbranega zdravnika.

Kraj in datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vlagatelja

1. ***IZJAVA VRTCA***

Otrok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ni obiskoval vrtca neprekinjeno v obdobju od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis ravnateljice oz. pooblaščene

 osebe

**Obvezna priloga:**

* Zdravniško potrdilo