



OBČINA
KANAL OB SOČI

TRG SVOBODE 23 5213 KANAL TEL. ++386 5 3981200 FAX. ++386 5 3981223 E - POŠTA: obcina.kanal@obcina-kanal.si

Vlagatelj (ica) _____
(ime in priimek)

(stalno bivališče)

vlagam na Občini Kanal ob Soči na podlagi 6. člena Sklepa o določitvi cen programov predšolske vzgoje javnih vrtcev na območju Občine Kanal ob Soči (Uradni list RS, št. 93/2015 z dne 7. 12. 2015)

**VLOGO ZA OPROSTITEV PLAČILA VRTCA ZARADI OTROKOVE DALJŠE
ODSOTNOSTI IZ ZDRAVSTVENIH RAZLOGOV**

za otroka _____,

ki obiskuje vrtec _____.

Otrok je bil iz vrtca odsoten od _____ do _____ in je bil

v vrtec ponovno vključen dne _____.

Vlogi prilagam zdravniško potrdilo.

Datum: _____

Podpis vlagatelja

Opomba:

- vlogo je potrebno oddati v roku 5 dni po zaključku odsotnosti otroka iz vrtca
- odsotnost mora biti daljša od 15 zaporednih obračunskih dni