**ENOTA VRTEC VUZENICA**

**Izpolni vrtec:**

Vloga sprejeta dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vlogo sprejel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VLOGA ZA UVELJAVITEV PRAVICE DO ZNIŽANJA PLAČILA VRTCA ZA ČAS ODSOTNOSTI OTROKA IZ VRTCA ZARADI BOLEZNI**

1. **VLOGA STARŠEV**

Vlagatelj- ica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

na osnovi 5. člena Sklepa o določitvi cen programov javnega vrtca Vuzenica (MUV, št. 4/23) uveljavljam pravico do znižanja oziroma oprostitve plačila vrtca za čas odsotnosti otroka iz vrtca zaradi bolezni za otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rojenega \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ki obiskuje vrtec Vuzenica, skupino vzgojitelja- ice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in je bil odsoten iz vrtca zaradi bolezni /hospitalizacije/ rehabilitacije, kar je razvidno iz izpolnjenega potrdila zdravnika – pediatra oziroma drugega otrokovega izbranega zdravnika.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis starša/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MUV, št. 4/23

- za odsotnost krajšo od treh zaporednih delovnih dni se oskrbnina ne zniža,

- za odsotnost otroka od tri do deset zaporednih delovnih dni se oskrbnina zniža za stroške prehrane v sorazmerju s plačili staršev,

- za odsotnost otroka več kot 10 zaporednih delovnih dni se oskrbnina obračuna na dneve prisotnosti otroka.

**ZDRAVNIŠKO POTRDILO OZ. POTRDILO OTROKOVEGA ZDRAVNIKA**

Potrjujem, da je bil otrok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ v času

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zaradi bolezni/ hospitalizacije / rehabilitacije nezmožen obiskovati vrtec.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig in podpis zdravnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_