**VLOGA ZA KORIŠČENJE ZDRAVSTVENE REZERVACIJE**

Spodaj podpisan/a VLAGATELJ/-ICA (ime in priimek):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

naslov stalnega prebivališča:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

telefon (neobvezno): ………………………………………….. , podajam vlogo za koriščenje zdravstvene rezervacije za otroka

………………………………………………………………………………, ki je vključen v vrtec ……………………………………………………………………

Zdravstveno rezervacijo želimo koristiti v času od …………………………. do vključno ……………………………..

V koledarskem letu otrok že koristil/še ni koristil rezervacije (ustrezno obkroži) v času od …………………… do…………………….

Prilagam obvezno prilogo:

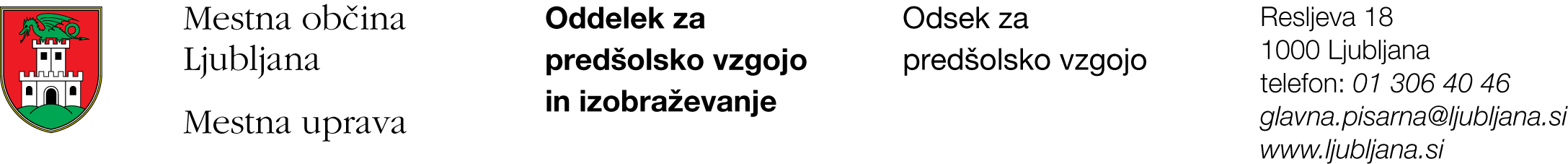
-Zdravniško potrdilo otrokovega pediatra

**IZJAVA**

Vlagatelj/ica »Vloge za koriščenje zdravstvene rezervacije« izjavljam, da sem s pogoji , ki so opredeljeni v 10. členu Sklepa o določitvi cen programov predšolske vzgoje v javnih vrtcih, znižanju plačil staršev in rezervacij (Uradni list RS, št. 57/2012) seznanjen/a.

Datum: …………………………………….. Podpis:…………………………………….

**………(izpolni občina – ne odreži)………. ………(izpolni občina – ne odreži)………. ………(izpolni občina – ne odreži)………. ………(izpolni občina – ne odreži)……….**



Spoštovani starši!

Vaši vlogi za koriščenje zdravstvene rezervacije je ugodeno/ni ugodeno, **(ustrezno obkroži MOL)** tako, da lahko koristite

zdravstveno rezervacijo za vašega otroka v času od …………………………………… do vključno………………………………….

S tem ste možnost rezervacije za tekoče koledarsko leto v celoti/ delno izkoristili (ustrezno obkroži MOL).

Žig Marija Fabčič

Vodja oddelka

Za dodatne informacije se obrnite na Danielo Hočevar, višjo svetovalko (tel.01 306 40 17, e-pošta: [daniela.hocevar@ljubljana.si](mailto:daniela.hocevar@ljubljana.si)).