
(ime i prezime oba roditelja)

(adresa stanovanja)

DJEČJI VRTIĆ PAŠKI MALIŠANI

VELEBITSKA 6, PAG

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA NAKON BOLESTI

Mi roditelji izjavljujemo da naše dijete _____, _____
(ime i prezime djeteta) (dan, mjesec, godina rođenja)

je izostao/la iz programa vrtića u periodu od _____ do _____ zbog
bolesti (najviše tri dana izostanka)

Nашe dijete je bolovalo od:

_____.

Ovime potvrđujemo da je naše dijete zdravo, te da nije zdravstveno ugrožavajuće za sebe, te za ostalu djecu u skupini.

Potpis oba roditelja skrbnika

Mjesto i datum
