

IZJAVA STARŠEV O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA

Spodaj podpisani starš/skrbnik otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime, priimek otroka) izjavljam, da je otrok zdrav in ni bil v obdobju zadnjih 10 dni v stiku z okuženo osebo.

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