DOVOLJENJE ZA ODHODE IZ PODALJŠANEGA BIVANJA

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek starša ali skrbnika) dovoljujem, da sme moj otrok \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime in priimek učenca/-ke)

iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (razred in oddelek) zapustiti oddelek podaljšanega bivanja po spodnjem urniku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DAN | URA ODHODA | V SPREMSTVU ALI SAMOSTOJNO |
| PONEDELJEK |  |  |
| TOREK |  |  |
| SREDA |  |  |
| ČETRTEK |  |  |
| PETEK |  |  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_