

**IZPIS IZ ORGANIZIRANEGA PODALJŠANEGA BIVANJA**

Podpisana/podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ želim z dnem

 (ime in priimek starša oz. zakonitega zastopnika)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svojega otroka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki v

 (datum) (ime in priimek otroka)

tem letu obiskuje \_\_\_\_\_ razred, izpisati iz programa organiziranega podaljšanega

bivanja.

Kraj in datum: Podpis zakonitega zastopnika:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_