

IZJAVA STARŠEV O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA

Ime in priimek otroka _____

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Ali je bil vaš otrok v zadnjih 10 dneh v stiku z okuženimi osebami SARS CoV-2		
2.	Ali je vaš otrok zdrav?		

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb _____

VRTEC IDRIJA
Arkova 7
5280 IDRIJA
vrtec.idrija@quest.arnes.si
Tel. št.: 05 37 43 310
Faks št.: 05 37 43 318



POTRDILO O PREJEMU IZJAVE

Ime in priimek strokovnega delavca _____

Datum _____