
ime i prezime korisnika usluga Vrtića,
roditelja/staratelja

adresa

broj telefona

ISPUNJAVA VRTIĆ:

Zahtjev zaprimljen dana: _____

Potpis osobe koja je
zaprimila zahtjev: _____

JAVNA USTANOVA DJEČJI VRTIĆ
„ZVONČIĆ“ GORNJI VAKUF – USKOPLJE

ZAH T J E V
za ostvarivanje prava na umanjenje cijene zbog bolesti djeteta

Ja _____ molim da mi se za dijete/djecu:
(ime i prezime roditelja/staratelja)

1. _____ upisano u _____ program
(ime i prezime djeteta) (cjelodnevni/poludnevni)

2. _____ upisano u _____ program
(ime i prezime djeteta) (cjelodnevni/poludnevni)

odobri umanjenje na osnovu izostanka djeteta u kontinuitetu 15 radnih dana što potkrepljujem medicinskom dokumentacijom i izvrši povrat 50 % uplaćenih sredstava za mjesec _____ zbog izostanka djeteta u period od ___ do _____.

U Gornjem Vakufu-Uskoplju,

Datum

potpis roditelja

potpis roditelja