



OSNOVNA ŠOLA VELIKI GABER
Veliki Gaber 41
8213 Veliki Gaber
Tel.: 07 34 88 100
e-pošta: info@os-velikigaber.si
DŠ: 47660759

IZJAVA

Spodaj podpisana/podpisani _____,
(starši/zakoniti zastopnik otroka)

mati/oče otroka _____,
(ime in priimek otroka)

ki v šolskem letu _____ obiskuje _____. razred OŠ Veliki Gaber želim, da moj otrok v

jutranjem varstvu vozačev od prihoda šolskega avtobusa do začetka pouka počaka v prostorih šole (garderobi) pod nadzorom dežurnega učitelja.

Izjava velja za vse dni v tednu do konca tekočega šolskega leta oz. do mojega preklica.

Kraj in datum:

Podpis staršev

oz. zakonitega zastopnika:
