



Osnovna šola Dob
Šolska ulica 7
1233 Dob

t: 01 724 01 80
e: o-dob.lj@guest.arnes.si
w: www.os-dob.si

PREDLOG STARŠEV ZA ODLOŽITEV ŠOLANJA OTROKA

Spodaj podpisani _____ ,
(ime in priimek starša oz. zakonitega zastopnika)

s prebivališčem _____ ,
(naslov stalnega/ začasnega prebivališča)

prosim za odložitev šolanja mojega otroka _____ ,
(ime in priimek otroka)

rojenega _____ , s stalnim prebivališčem _____ ,

ki bi v šol. letu _____ glede na šolski okoliš obiskoval 1. razred OŠ Dob.

Menim/meniva, da otrok še ni pripravljen za vstop v šolo zaradi:

Vlogi prilagam mnenje zdravnika oz. ustrezne zdravstvene službe, kjer je otrok obravnavan
(logoped, psiholog ...): _____.

(zapišite vrsto priloge)

Hkrati soglašam, da si komisija za ugotavljanje pripravljenosti v OŠ Dob, ki jo imenuje ravnateljica šole, pridobi vse potrebne podatke o otroku, na osnovi katerih bo odločala o odložitvi šolanja: ocena in mnenje zdravnika, vzgojiteljice v skupini, ki jo otrok obiskuje in svetovalne službe v vrtcu.

(podpis obeh staršev oz. zakonitega zastopnika)

Kraj in datum: _____
