



Ostrovharjeva 4, 1215 Medvode, p. p. 44

telefon: 013619 290, 013611 314

os.medvode@guest.arnes.si



SOGLASJE

Spodaj podpisani, _____, rojen/-a _____,
(ime in priimek starša/skrbnika)

s stalnim prebivališčem _____,
(naslov prebivališča)

potrjujem, da sem seznanjen/-a z vpisnim postopkom svojega
otroka _____, rojenega _____,
(ime in priimek otroka)

v prvi razred OŠ Medvode s šolskim letom 2024/25.

Kraj in datum: _____

Podpis očeta: _____

Kraj in datum: _____

Podpis mame: _____

Kraj in datum: _____

Podpis skrbnika: _____