



_____	_____
(ime in priimek mame)	(ime in priimek očeta)
_____	_____
(ulica in hišna številka)	(ulica in hišna številka)
_____	_____
(pošta)	(pošta)
_____	_____
(telefonska številka)	(telefonska številka)
_____	_____
(elektronski naslov)	(elektronski naslov)

OŠ BOJANA ILIČA
Mladinska ulica 13
2000 Maribor

VLOGA ZA PREŠOLANJE

na OŠ Bojana Ilicha

Starši/zakoniti zastopnik _____
(ime in priimek matere/zakonitega zastopnika)

in _____
(ime in priimek očeta/zakonitega zastopnika)

prosiva za **soglasje**, da najinega otroka _____,
(ime in priimek otroka)

roj. _____, v/na _____, EMŠO: _____,
(datum rojstva) (kraj rojstva)

s stalnim prebivališčem _____,
(naslov stalnega prebivališča otroka)

z začasnim prebivališčem _____,
(naslov začasnega prebivališča otroka)

prepiševa na OŠ Bojana Ilicha.

Otrok je že vpisan v _____ . razred v/na _____.
(naziv šole, v katero je otrok vpisan)

Otroka prepisujeva zaradi: _____.

Zdravstvene posebnosti: _____.

_____	_____
(podpis matere/zakonitega zastopnika)	(podpis očeta/zakonitega zastopnika)

Maribor, _____
(datum)