**VLOGA ZA ODLOG VŠOLANJA NA OŠ KARLA DESTOVNIKA-KAJUHA ŠOŠTANJ, za šolsko leto 2024/2025**

**Podatki o otroku:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek: |  |
| Naslov: |  |
| Datum in kraj rojstva: |  |
| EMŠO: |  |

**Podatki o starših:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mati | Oče |
| Ime in priimek: |  |  |
| Naslov: |  |  |
| Telefon: |  |  |
| Elektronski naslov: |  |  |

Spodaj podpisani starš/skrbnik prosim za odlog všolanja v šolskem letu 2024/2025 za mojega otroka **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

(ime in priimek otroka)

**Razlog odloga:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Vrtec in vzgojiteljica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Otrok ni obiskoval vrtca

Šolsko zrelost preverja in o podani vlogi odloča strokovna komisija, ki jo sestavljajo: šolski zdravnik, svetovalni delavec ter vzgojitelj oziroma učitelj. Na podlagi mnenja komisije ravnatelj odloči o odložitvi šolanja.

Starši s podpisom dovoljujemo posredovanje podatkov med šolo in zdravstvenim domom za namen odložitve šolanja.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis obeh staršev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_