**Srednja ekonomska šola Ljubljana **

**Roška cesta 2, 1000 Ljubljana, tel.: (01)300-47-00, 300-47-15, fax.: (01)300-47-19**

# POTRDILO O OBISKU ZDRAVNIKA

Prosimo Vas, da dijaku/dijakinji potrdite obisk Vaše ustanove. Podatke potrebujemo zaradi opravičevanja izostankov.

Ime in priimek dijakinje/dijaka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iz oddelka \_\_\_\_\_\_\_\_

je bil/bila dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ob \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (navedite uro) pri:

* zdravniku v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (navedite ime zdravstvenega doma ali ustanove)
* zobozdravniku v\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (navedite ime zdravstvenega doma ali ustanove)

Žig in podpis:

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