



Na gradu 4a

2390 RAVNE NA KOROŠKEM

Tel.: 02/ 87 50 600

Datum:

Ime in priimek starša _____ sporočam, da se moj otrok
_____ (ime in priimek otroka) iz razreda _____ v šoli ne
bo samotestiral in sem seznanjen, da je pogoj za prisotnost pri pouku v šoli PCT
oziroma izvedeno samotestiranje v šoli.

Podpis staršev