



Osnovna šola Livade Izola  
Scuola elementare Livade Isola  
Livade št. 7, 6310 Izola-Isola  
tel.:05/662 55 60  
faks:05/662 55 61  
e-mail: o-livadeizola.kp@guest.arnes.si

# V L O G A

## za dodelitev statusa

šol. leto: 20\_\_ / \_\_

Ime in priimek starša/skrbnika: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Ime in priimek učenca: \_\_\_\_\_ Razred: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Športna dejavnost: \_\_\_\_\_

Klub/društvo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Starši učenca/ke predlagamo, da se sinu/hčeri v šolskem letu 20\_\_ / \_\_ **dodeli status** (*obvezno obkrožite črko pred nazivom statusa, ki ga predlagate*):

- A) **PERSPEKTIVNEGA MLADEGA UMETNIKA**, ker se udeležuje državnih tekmovanj s področja umetnosti;
- B) **VRHUNSKEGA MLADEGA UMETNIKA**, ker dosega najvišja mesta oziroma nagrade na državnih tekmovanjih s področja umetnosti.

Za upravičenost dodelitve statusa prilagam naslednja dokazila:

- A) potrdilo, da se **udeležuje** državnih tekmovanj s področja umetnosti;
- B) potrdilo, da **dosega** najvišja mesta oziroma nagrade na državnih tekmovanjih s področja umetnosti.

### Izjavljam, da:

- *bo zgleden/a učenec/ka,*
- *ob koncu ocenjevalnih obdobj ne bo imel/a negativnih ocen,*
- *ne bo neopravičeno izostajal/a od pouka,*
- *ne bo imel/a izrečenega vzgojnega opomina,*
- *ne bo kršil/a hišnega reda in pravil šolskega reda.*

### Soglašam, da se mu/ji lahko odvzame status:

- *če po svoji krivdi ne izpolnjuje dogovorjenih obveznosti iz tega dogovora.*

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis starša/skrbnika: \_\_\_\_\_