

Osnovna šola Livade Izola  
Livade 7  
6310 IZOLA

Številka (vpiše tajništvo): \_\_\_\_\_  
Datum (vpiše tajništvo): \_\_\_\_\_

## VLOGA ZA PREPIS V ŠOLO IZVEN ŠOLSKEGA OKOLIŠA

PODATKI O OTROKU
Ime in priimek:
Naslov stalnega bivališča:
Datum rojstva:

PODATKI O STARŠIH/SKRBNIKIH	
Ime in priimek matere:	Ime in priimek očeta:
Naslov stalnega bivališča:	Naslov stalnega bivališča:
Telefonska št.:	Telefonska št.:
Elektronski naslov:	Elektronski naslov:

Spodaj podpisana starša/skrbnika želiva najinega otroka v šolskem letu 2024/2025 prepisati v 1. razred Osnovne šole Livade Izola.

Dne \_\_\_\_\_ je bil otrok vpisan na Osnovno šolo \_\_\_\_\_, iz katere ga želiva prepisati iz naslednjih razlogov:

---

---

---

---

---

Matična šola je seznanjena z našo željo o prepisu:    DA    NE

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis matere: \_\_\_\_\_    Podpis očeta: \_\_\_\_\_