

**OŠ PREŽIHOVEGA VORANCA
PREŽIHOVA ULICA 8
1000 LJUBLJANA**



**tel.: 01 244 32 50
fax: 01 244 32 59
e-pošta: tajnistvo@o-pv-lj.edus.si**

SOGLASJE

Spodaj podpisani/-a _____ SE STRINJAM / SE NE STRINJAM,
da mi šola za potrebe Šolskega sklada na položnici za tekoče stroške mojega otroka
_____ iz oddelka _____ vsak mesec dodatno zaračuna
2,00 EVRA KOT MESEČNI PRISPEVEK Šolskemu skladu in se v primeru strinjanja
zavezujem prispevek za Šolski sklad poravnati hkrati s plačilom mesečne položnice za
tekoče stroške.

V/Na _____, dne _____

(podpis starša oziroma
zakonitega zastopnika)