 **SOGLASJE STARŠEV ZA 3 URE IP**

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soglašam, da ima moj otrok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rojen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

učenec \_\_\_\_\_\_\_\_ razreda v šolskem letu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tri ure obveznih

izbirnih predmetov.

Datum: Podpis staršev: