



Na gradu 4a

2390 RAVNE NA KOROŠKEM
Tel.: 02/ 87 50 600

Datum:

Ime in priimek dijaka _____ razred _____ sporočam, da se v šoli ne bom samotestiral in sem seznanjen, da je pogoj za prisotnost pri pouku v šoli PCT oziroma izvedeno samotestiranje v šoli.

Podpis dijaka

Izpolni šola

Starši so bili seznanjeni dne, _____.

Podpis strokovne osebe oz razrednika, ki je seznanil starše: _____