

DJEČJI VRTIĆ „BAMBI“ KAPTOL
Ulica Češka 8
34334 KAPTOL

**Z A H T J E V
Z A G O D I Š N J I O D M O R**

Ime i prezime djeteta : _____

Naziv skupine : _____

Period u kojemu će koristiti godišnji odmor: _____

Potpis podnositelja zahtjeva : _____

Datum: _____

Napomena:

Godišnji odmor može se koristiti isključivo **u lipnju, srpnju i kolovozu, u neprekinutom trajanju od dva tjedna.**