



Srednja zdravstvena šola Murska Sobota  
Ulica dr. Vrbnjaka 2, Rakičan  
9000 Murska Sobota

Rakičan, junij 2024

\_\_\_\_\_  
(ime in priimek staršev oz. skrbnikov)

\_\_\_\_\_  
(kraj bivanja)

\_\_\_\_\_  
(pošta in poštna številka)

## **VLOGA ZA OPROSTITEV PLAČILA OBRABNINE ZA UČBENIKE IZ UČBENIŠKEGA SKLADA V ŠOL. LETU 2024/25**

\_\_\_\_\_ prosim, da mojemu otroku  
(ime in priimek vlagatelja)

\_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_,  
(ime in priimek dijaka oz. dijakinje) (razred in smer (ZN, KT, B-N))

za šolsko leto **2024/25**, omogočite **BREZPLAČNO IZPOSOJO** učbenikov iz učbeniškega sklada.

Podpis staršev oz. skrbnikov: \_\_\_\_\_

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