ZAHTEVA ZA IZOBRAŽEVANJE NA DOMU

Na podlagi 21. člena Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 58/11, 40/12 - ZUJF, 90/12, 41/17 – ZOPOPP,200/20 – ZOOMTVI in 12/26; v nadaljnjem besedilu: ZUOPP-1) in Pravilnika izobraževanju učencev s posebnimi potrebami na domu (Uradni list RS, št.53/2024, 76/2025 in 1521/26; v nadaljnjem besedilu: Pravilnik) vlagam/o zahtevo za izobraževanje na domu.

Vlagatelj (ustrezno označite):
- ☐ mati
- ☐ oče
- ☐ starejši mladoletnik oz. polnoletna oseba
- ☐ skrbnik
- ☐ pooblaščenec

Podatki o starših	mati (obvezno)	oče (obvezno)
Ime		
Priimek		
EMŠO		
Naslov bivališča		
Pošta in poštna številka		
Telefonska številka[1]		
E-naslov[2]		

Podatki o rejniku, skrbniku, ali pooblaščencu (*ustrezno označite)*	
Pravni status vlagatelja	☐ rejnik ☐ skrbnik ☐ pooblaščenec
Ime	
Priimek	
oz. naziv pravne osebe	
Naslov (bivališča)	
Pošta in poštna številka	
Telefonska številka[3]	
E-naslov [4]	

PODATKI O OTROKU

Ime	
Priimek	
EMŠO	
Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna št. pošta in poštna št.)	
Naslov začasnega bivališča (ulica, hišna št. pošta in poštna št.)	
Institucija, kjer poteka vzgojno-izobraževalno delo	

[1-4] Podatek ni obvezen.

Otrok že ima odločbo o usmeritvi (ustrezno označite in dopolnite):

☐ ne (v tem primeru vlogo podate skupaj z Zahtevo za začetek postopka usmerjanja)

☐ da (številka odločbe: _____; datum izdaje:_____

Navedite in utemeljite razloge za izvajanje izobraževanja na domu

_____

_____

_____

Navedite točen naslov, kjer bo izobraževanje potekalo:

Ulica in hišna številka: _____

Pošta in poštna številka: _____

Navedite izvajalca izobraževanja na domu:

Ime: _____

Priimek: _____

Opišite opremo oziroma didaktične pripomočke:

_____

_____

_____

<u>Obvezni prilogi</u>:

- Potrdilo o pridobljeni izobrazbi izvajalca izobraževanja na domu

- Potrdilo o strokovnem izpitu v vzgoji in izobraževanju

Otrok ima življenjsko ogrožajoče zdravstvene težave oziroma zdravstvene omejitve in za otroka želim prilagodljivo obliko izobraževanja na domu.

☐ **DA** ☐ **NE**

<u>Obvezna priloga</u> (če označite možnost DA):

- izvid zdravnika specialista

Podpis vlagatelja:

Kraj in datum: _____ _____