

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za šport



POTRDILO O OPRAVLJENEM CEPLJENJU

Ime in priimek: _____

Vpisna številka: _____

Študijsko leto: 20___/20___

Letnik študija: _____

Študijski program: _____

(izpolni Zdravstveni dom)

Potrjujemo opravljeno cepljenje:

Datum: _____

Podpis: _____

Opomba:

Študent potrдіlo hrani do vpisa v višji letnik.