

Roditelj/staratelj _____

Učenik: _____

Razred: _____ Područna škola: _____

Učiteljsko vijeće
OŠ „Vazmoslav Gržalja“ Buzet

ZAHTJEV ZA PRESTANAK POHAĐANJA IZBORNE NASTAVE

Obraćam vam se sa zahtjevom da moje dijete _____
_____, učenik/ca _____ razreda u školskoj _____ godini
prestane pohađati izbornu nastavu iz _____
_____.

OBRAZLOŽENJE:

U _____

Potpis učenika:

Potpis roditelja:
