OŠ Miroslava Krleže
Zagreb, Kaptol 16
Tel: 48-17-460, Tel/fax:48-17-466
OIB23046541950

osmk@os-mkrleze-zg.skole.hr

_____

(Ime i prezime podnosetalja zahtjeva)

_____

(adresa podnositelja zahtjeva)

_____

(broj telefona)

Z A H T J E V Z A I S P I S O M S
I Z B O R N O G P R E D M E T A

Molim Učiteljsko vijeće Osnovne škole Miroslava Krleže da uvaži ispis moga djeteta _____ učenika/icu _____ razrednog odjela s nastave _____.

Mjesto i datum,

U Zagrebu, _____

Potpis učenika:

_____

Potpis roditelja:

_____