



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

osmk@os-mkrleze-zg.skole.hr

(Ime i prezime podnositelja zahtjeva)

(adresa podnositelja zahtjeva)

(broj telefona)

ZAHTJEV ZA ISPISOM S IZBORNOG PREDMETA

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

Mjesto i datum,

Potpis učenika:

U Zagrebu, _____

Potpis roditelja: