
ime i prezime roditelja /skrbnika

adresa stanovanja

telefon/mobitel

e - adresa

OŠ Silvija Strahimira Kranjčevića
Bogišićeva 13
Zagreb

PREDMET: ZAMOLBA ZA ISPIS IZ ŠKOLE

Poštovani,

molim Vas da naše dijete _____
(ime i prezime djeteta)

učeniku/ci _____ razreda, ispišete iz OŠ Silvija Strahimira Kranjčevića s datumom: _____.
(upisati datum)

Razlog ispisa je:

(navesti razlog ispisa)

U Zagrebu, _____,

(vlastoručni potpis majke)

(vlastoručni potpis oca)

Školska godina administrativno započinje 1. rujna, a završava 31. kolovoza.