**Osnovna škola Ksavera Šandora Gjalskog Zabok** Tel: +385 049 222 605

Đački put 1

49 210 Zabok E-pošta: os-ksaver-sandor-djalski@kr.t-com.hr

**PREDMET: ZAHTJEV ZA ISPIS S IZBORNOG PREDMETA**

**(podnijeti najkasnije do 30. lipnja tekuće školske godine za iduću školsku godinu)**

ime i prezime podnositelja zahtjeva

telefon/mobitel

E- pošta

Molim naslov da mom djetetu (*ime i prezime*),

Učeniku / - ci razreda, rođenom u

*(datum) (mjesto rođenja)*

odobri ispis s izbornog predmeta

*(upisati naziv izbornog predmeta)*

zbog

*(navesti razlog ispisa)*

U Zaboku, ,

 ( datum )

 ( vlastoručni potpis )