**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 IZOSTANAK S NASTAVE – do 15 DANA**

ime i prezime podnositelja zahtjeva

adresa stanovanja

telefon/mobitel

E- pošta

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

Učeniku / -ci razreda, rođenom / - oj u

*(datum) (mjesto rođenja)*

odobri izostanak s nastave u razdoblju od do .

 *(upisati datume)*

iz razloga

*(navesti razlog izostanka)*

U Zaboku, ,

 ( datum )

 ( vlastoručni potpis )