
(ime i prezime roditelja/skrbnika učenika)

(adresa i telefonski broj roditelja/skrbnika učenika)

U Trilju _____

**Osnovna škola Trilj
Poljičke Republike 18
21 240 Trilj
n/p Učiteljskog vijeća**

Predmet: Zahtjev za prestanak pohađanja izborne nastave

Sukladno članku 27. stavka 6. i stavka 7. Zakona o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12, 126/12, 94/13, 152/14, 7/17, 68/18, 98/19, 64/20, 151/22, 155/23, 156/23) kao roditelj/skrbnik djeteta

_____ koje pohađa
(navesti ime i prezime učenika)

_____ Osnovne škole Trilj podnosim Učiteljskom vijeću
(navesti razred/ područnu školu)

ovaj zahtjev za prestankom pohađanja izborne nastave iz :

(navesti izborni predmet)

za školsku godinu _____.
(navesti školsku godinu)

Razlog prestanak pohađanja izbornog predmeta:

(potpis roditelja)