
(ime i prezime roditelja/skrbnika)

(adresa)

(telefon/mobitel)

OSNOVNA ŠKOLA METEL OŽEGOVIĆ, RADOVAN

Varaždinska ulica 14, 42242 Radovan

ZAHTJEV ZA OTKAZIVANJE PRODUŽENOG BORAVKA

Molim vas raskidanje ugovora za korištenje programa produženog boravka za

_____ (ime i prezime učenika) učenika _____ (upisati

razred kojeg učenik pohađa) razreda od _____ (navesti datum od kada prestaje

korištenje produženog boravka).

(mjesto i datum)

Potpis podnositelja zahtjeva

Za raskidanje ugovora roditelj/skrbnik mora uputiti pisani zahtjev Školi do 25. u mjesecu da bi prestalo korištenje programa produženog boravka od sljedećeg mjeseca.