
(Ime i prezime roditelja)

_____ razred _____

(Ime i prezime učenika)

(Adresa)

MEDICINSKA ŠKOLA

- RAZREDNIKU

_____ RAZREDA -

DO 3 RADNA DANA

- RAVNATELJU/ICI DO 7 RADNIH DANA

- NASTAVNIČKOM VIJEĆU - DO 15 RADNIH DANA

PREDMET: ODOBRENJE ZA IZOSTANAK S NASTAVE

Molim da odobrite izostanak s nastave za moje dijete

učenika _____ razreda, zbog

U Šibeniku, _____

Potpis roditelja:

ODOBRAVA SE
NE ODOBRAVA SE

RAZREDNIK/RAVNATELJ:

U ŠIBENIKU, _____

Odobrenje za izostanak sa nastave podnosi se u pravilu najkasnije 5 radnih dana od dana izostanka.