
(podnositelj zahtjeva)

(adresa stanovanja)

(OIB)

(tel./mob.)

OSNOVNA ŠKOLA BARTOLA KAŠIĆA
Vrisnička 4, 10000 ZAGREB

ZAHTJEV ZA OTKAZIVANJEM MLIJEČNOG OBROKA

Učenik/ca _____, _____ razreda, otkazuje

primanje mliječnog obroka u programu produženog boravka od 1. _____ (upisati mjesec od

kada prestaje prehrana) u školskoj godini _____.

U Zagrebu _____ 20__.

Potpis roditelja/staratelja:
