

\_\_\_\_\_

(podnositelj zahtjeva roditelj/staratelj)

\_\_\_\_\_

(adresa stanovanja)

\_\_\_\_\_

(OIB)

\_\_\_\_\_

(tel./mob.)

OSNOVNA ŠKOLA BARTOLA KAŠIĆA  
Vrisnička 4, 10000 ZAGREB

## ZAHTJEV ZA

\*\*\*zaokružite slovo

A) **UPIS od 1.** \_\_\_\_\_ (upisati mjesec od kada počinje prehrana/produženi boravak)

B) **ISPIS od 1.** \_\_\_\_\_ (upisati mjesec od kada prestaje prehrana/produženi boravak)

Odaberi:

\*\*\*zaokružite slovo/a

A) **MLIJEČNI OBROK (1. - 8. razred)**

B) **RUČAK (1. - 4. razred)**

C) **UŽINA (korisnici produženog boravka; 1. i 2. razred)**

D) **PRODUŽENI BORAVAK (1. i 2. razred)**

Učenik \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ razred

Školska godina \_\_\_\_\_

U Zagrebu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis roditelja/staratelja)

\*\*\*\* SCAN ili fotografiju popunjenog i potpisanog zahtjeva potrebno je poslati do 25.-og u mjesecu za idući mjesec na e-mail: [ured@os-bartola-kasica-zg.skole.hr](mailto:ured@os-bartola-kasica-zg.skole.hr)