

Ime i prezime roditelja:

Adresa stanovanja:

Kontakt telefon i email:

Zagreb, _____ 20____. god.

OŠ Zapruđe

Meštrovićev trg 8a

10 020 Zagreb

Predmet: Molba za polaganje popravnog ispita

Molim da se mom djetetu _____,

učeniku/ci _____ razreda OŠ Zapruđe odobri polaganje popravnog ispita iz nastavnog/ih predmeta:

1) _____

2) _____

Popravni ispit/i održat će se dana:

1) _____ 20____. godine u _____ sati.

2) _____ 20____. godine u _____ sati.

Potpis roditelja:

Potpis učenika:
