Ime i prezime roditelja:

Adresa stanovanja:

U Zagrebu

OŠ Ksavera Šandora Gjalskoga

10 000 Zagreb

ZAMOLBA ZA ISPIS IZ ŠKOLE

Molim vas da s datumom učenika/icu

 , razreda ispišete iz OŠ Ksavera Šandora Gjalskoga.

\*Podnositelji zahtjeva:

\*zahtjev moraju potpisati oba roditelja