



Republika Hrvatska
Istarska županija



Osnovna škola „Ivo Lola Ribar“ Labin
Rudarska 9, Labin 52220 Tel: 052/855- 406, fax: 052/880- 234
e-mail: ured@os-ilribar-labin.skole.hr

Ime i prezime roditelja/skrbnika :

Adresa:

IME I PREZIME UČENIKA:

RAZRED :

IZJAVA RODITELJA / SKRBNIKA

IZJAVLJUJEMO DA SAM SUGLASAN/NA DA SE DA SE MOJE DIJETE ISPIŠE IZ

IZBORNE NASTAVE _____VJERONAUKA U _____ RAZREDU U

ŠK. GOD. 20..... /20..... .

Potpis
roditelja/skrbnika:

.....

Datum



Republika Hrvatska
Istarska županija



Osnovna škola „Ivo Lola Ribar“ Labin
Rudarska 9, Labin 52220 Tel: 052/855- 406, fax: 052/880- 234
e-mail: ured@os-ilribar-labin.skole.hr

Ime i prezime roditelja/skrbnika :

Adresa:

IME I PREZIME UČENIKA:

RAZRED :

IZJAVA RODITELJA / SKRBNIKA

IZJAVLJUJEMO DA SAM SUGLASAN/NA DA SE DA SE MOJE DIJETE ISPIŠE IZ

IZBORNE NASTAVE TALIJANSKOG JEZIKA U _____ RAZREDU U

ŠK. GOD. 20..... /20..... .

Potpis
roditelja/skrbnika:

.....

Datum



Republika Hrvatska
Istarska županija



Osnovna škola „Ivo Lola Ribar“ Labin
Rudarska 9, Labin 52220 Tel: 052/855- 406, fax: 052/880- 234
e-mail: ured@os-ilribar-labin.skole.hr

Ime i prezime roditelja/skrbnika :

Adresa:

IME I PREZIME UČENIKA:

RAZRED :

IZJAVA RODITELJA / SKRBNIKA

IZJAVLJUJEMO DA SAM SUGLASAN/NA DA SE DA SE MOJE DIJETE ISPIŠE IZ

IZBORNE NASTAVE INFORMATIKE U _____ RAZREDU U

ŠK. GOD. 20..... /20..... .

Potpis
roditelja/skrbnika:

.....

Datum