

OŠ Špansko Oranice
Zagreb
Dječji trg 1

I Z J A V A Z A V J E R O N A U K

*kojom ja, potpisani roditelj, **ŽELIM NE ŽELIM** da moje dijete:*

(IME I PREZIME DJETETA)

POHAĐA SATE VJERONAUKA U ŠKOLI.

Zagreb, _____

Potpis roditelja: _____