

\_\_\_\_\_  
ime i prezime podnositelja zahtjeva

\_\_\_\_\_  
adresa stanovanja

\_\_\_\_\_  
broj telefona/mobitela

**Katolička osnovna škola „Josip Pavličić“**  
**Učiteljsko vijeće**  
Omladinska 14 - 51 000 Rijeka  
Tel.: +385 51 569 150  
E-adresa: [ravnatelj@kat-os-jpavlisic.hr](mailto:ravnatelj@kat-os-jpavlisic.hr)  
[tajnistvo@kat-os-jpavlisic.hr](mailto:tajnistvo@kat-os-jpavlisic.hr)

## **ZAHTJEV ZA UPIS IZBORNOG PREDMETA**

Molim naslov da mom djetetu \_\_\_\_\_  
(ime i prezime djeteta)

učeniku \_\_\_\_\_ razreda odobri upis izbornog predmeta \_\_\_\_\_  
(naziv izbornog predmeta)

od školske \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ godine.

U Rijeci \_\_\_\_\_  
(datum)

**RODITELJI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis roditelja)

Prema Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 94/13,152/14,68/18), čl. 27. st. 6. i st. 7.