



REPUBLIKA HRVATSKA
ISTARSKA ŽUPANIJA
OSNOVNA ŠKOLA DR. MATE DEMARINA
Munida 3, 52203 Medulin

**ZAHTJEV ZA SUFINANCIRANJE IZVANUČIONIČKE NASTAVE ZA UČENIKA
PRIPADNIKA ROMSKE NACIONALNE MANJINE**

Ja _____ (ime i prezime roditelja/skrbnika koji podnosi zahtjev),
roditelj učenika _____ (ime i prezime učenika za kojeg se zahtjev
podnosi) OIB: _____ (OIB učenika) ovim putem tražim za svoje dijete
sufinanciranje od strane *Ministarstva znanosti, obrazovanja i mladih* za izvanučioničku
nastavu u _____ (mjesto), koja se provodi
_____ (datum planirane izvanučioničke nastave).

Datum podnošenja zahtjeva:

Potpis roditelja/skrbnika djeteta:
