

POTVRDA O NEPOHAĐANJU NASTAVE

Naziv ugovaratelja osiguranja
(škola, fakultet)

Adresa
(ulica, kućni broj, mjesto, poštanski broj)

Broj telefona i osoba za kontakt Matični broj

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Potvrđujemo da učenik/ca
(Ime i prezime, datum rođenja i razred)

zbog nesretnog slučaja koji se dogodio dana nije pohađao/la nastavu u razdoblju od
..... do

.....
žig i potpis odgovorne osobe