**SUGLASNOST ZA PRIMANJE MLIJEČNOG OBROKA U ŠKOLI**

Kojom potvrđujem da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_, učenik \_\_\_\_\_ razreda

želi uzimati mliječni obrok tijekom školske godine 2017./2018.

Roditelj: Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U slučaju otkazivanja mliječnog obroka potrebno je potpisati suglasnost o otkazivanju.

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