

---

(ime i prezime roditelja/skrbnika)

---

(adresa)

---

(telefon/mobitel)

**OŠ IVAN GORAN KOVAČIĆ**  
HUGE BADALIĆA 8  
35000 SLAVONSKI BROD

**ZAHTJEV ZA RASKID UGOVORA O KORIŠTENJU USLUGA PREHRANE  
U ŠKOLSKOJ KUHINJI**

Molim naslov da s datumom \_\_\_\_\_ raskinemo Ugovor o korištenju usluge prehrane u školskoj kuhinji \_\_\_\_\_ (broj Ugovora) sklopljenog dana \_\_\_\_\_, za učenika/cu \_\_\_\_\_ (ime i prezime), \_\_\_\_\_ razreda (razred kojeg učenik/ca pohađa).

U Slavonskom Brodu, dana \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. godine

---

*Potpis podnositelja zahtjeva*