APIL PROTIV ZADATKA ZA MIJEŠTANE USLUGE

Ime studenta:_____
Škola:_____ Razred: _____

Ja, (navodite vaše ime) _____,zelim apilovati odluku za zadatak miještane usluge danu mome dijetetu iz slijedećih razloga:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Molim vas ugovorite sastanak na kojemu mozemo raspraviti naš apil.Ja razumijem da će sve naplate biti suspendirane dok se konaćna odluka ne donese, i da moje dijete moze sudijelovati u svim školskim aktivnostima za vrijema ovoga perioda kao da su se naplate platile.

_____ Datum_____
(Potpis osobe koja apiluje)

USOE 7-4-95