

OSNOVNA ŠKOLA PIROVAC

Put škole 10

22 213 Pirovac

SUGLASNOST ZA TESTIRANJA I PROCJENE

Ja, _____, suglasan/suglasna sam da moje dijete _____
(ime i prezime roditelja/skrbnika) (ime djeteta)

može sudjelovati u:

- pedagoškim i psihološkim procjenama
- testiranjima sposobnosti i postignuća

Rezultati će se koristiti isključivo u obrazovne svrhe.

U _____, dana _____ 20____. godine

Potpis roditelja/skrbnika:
