
(Ime i prezime roditelja majke i oca)

(adresa prebivališta)

UČITELJSKOM VIJEĆU
Osnovne škole Ivane Brlić Mažuranić
Trg dr. Franje Tuđmana 5
K O Š K A

**PREDMET: Zahtjev za oslobađanje od pohađanja nastave
tjelesno zdravstvene kulture**

U prilogu Vam prilažem potvrdu liječnika za moje dijete _____,
te Vas molim da sukladno liječničkoj dokumentaciji oslobodite dijete od pohađanja tjelesne i
zdravstvene kulture od _____ do _____.

Prilažemo liječničku dokumentaciju.

S poštovanjem.

POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA:

Koška, _____
(datum)