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

**Ime i prezime podnositelja zahtjeva**

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

**Adresa stanovanja**

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

**Telefon/ mobitel, adresa elektroničke pošte**

 **Učiteljsko vijeće**

**Osnovna škola Garešnica**

**Kolodvorska 4, Garešnica**

PREDMET: **ZAMOLBA ZA OSLOBAĐANJE NASTAVE TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE**

Molim naslov da moje dijete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime i prezime djeteta)

upisano u \_\_\_\_\_\_\_\_\_ razred, školska godina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***djelomično/ potpuno*** oslobodi nastave Tjelesne i zdravstvene kulture zbog zdravstvenih problema.

Prilozi:

***Povijest bolesti:***

***Liječnička potvrda:***

U Garešnici, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025. godine

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

Potpis podnositelja zamolbe