\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ime i prezime podnositelja zahtjeva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Adresa stanovanja

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

Telefon/mobitel, adresa elektroničke pošte

**Učiteljsko vijeće**

**Osnovne škole Silvija Strahimira Kranjčevića,**

**Bogišićeva 13, Zagreb**

**PREDMET: ZAMOLBA ZA DJELOMIĆNO ILI POTPUNO OSLOBAĐANJE NASTAVE TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE**

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

*(ime i prezime)*

upisano u razred \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(upisati razred),* školska godina 20\_\_\_\_\_./20.\_\_\_\_\_.

DJELOMIČNO ILI POTPUNO

*(zaokružiti model oslobađanja)*

oslobodi nastave Tjelesne i zdravstvene kulture.

Prilozi: ( dokumenti koji se dostavljaju u privitku)

**Potvrda o sposobnosti sudjelovanja učenika na nastavi TZK-a,**

*izdana od liječnice školske medicine dr. Zorane Galić, Služba za školsku i adolescentnu medicinu Medveščak*

Zagreb, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (datum podnošenja zamolbe)

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

Potpis podnositelja zamolbe