
(ime i prezime roditelja/skrbnika)

(adresa)

(telefon/mobitel)

OŠ IVAN GORAN KOVAČIĆ

HUGE BADALIĆA 8

35000 SLAVONSKI BROD

**ZAHTJEV ZA OSLOBOĐENJE
OD NASTAVE TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE**

Molim naslov da se _____ (ime i prezime) učeniku/ci
_____ razreda (razred kojeg učenik/ca pohađa), OIB _____ (upisati
OIB učenika/ce) odobri djelomično/u potpunosti oslobodi nastave tjelesne i zdravstvene kulture
u školskoj godini _____ (navesti školsku godinu). zbog _____

_____ (navesti razlog).

U Slavonskom Brodu, dana _____ 20____. godine

Potpis podnositelja zahtjeva