(ime i prezime roditelja/skrbnika)

(adresa)

(telefon/mobitel)

# OŠ ANTUN MIHANOVIĆ SLAVONSKI BROD

## Antuna Mihanovića 35

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).

Prilog-liječnička potvrda

## U Slavonskom Brodu, dana 20 . godine

Potpis podnositelja zahtjeva