
(ime i prezime roditelja / skrbnika)

(adresa stanovanja roditelja / skrbnika)

**I.OSNOVNA ŠKOLA BJELOVAR
UČITELJSKO VIJEĆE**

**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO U BBŽ
ŠKOLSKA MEDICINA**

PREDMET: Zahtjev za oslobođenjem nastave TZK u šk. god. _____

**Molimo vas da moje dijete _____
učenika/-icu _____ razreda u šk. god. _____ privremeno ili trajno
oslobodite nastave tjelesne i zdravstvene kulture radi:**

U privitku vam dostavljam presliku liječničke dokumentacije.

(vlastoručni potpis roditelja/skrbnika)

PRIJEDLOG LIJEČNIKA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE: