

Ime i prezime roditelja: _____

Ime i prezime učenika: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____ Mjesto: _____

Razred: _____ Razrednik/ca: _____

PROF. – PREDAVAČ: _____

*NASTAVNIČKOM VIJEĆU
MEDICINSKE ŠKOLE, ŠIBENIK*

PREDET: Molba za oslobađanje nastave TZK u školskoj godini 2017./2018.

Molim gore navedeni naslov da oslobodi moje dijete _____ (ime i prezime učenika)

- svih sadržaja nastave TZK

- pojedinih sadržaja nastave TZK _____

za vrijeme - cijele školske godine 2017./2018. – prvog polugodišta - drugog polugodišta počevši od dana _____

Oslobođenje tražim prema preporuci liječnika, čije mišljenje u prilogu dostavljam.

Potpis roditelja / staratelja

U Šibeniku , _____