

Direktoru Školske ustanove : _____

Al dirigente scolastico Istituto Comprensivo

TRST
Trieste

Dolepotpisani/a _____, rođenu u, _____
Il/la sottoscritta nata/o

datum i godina rođenja ____/____/____,
il

roditelj/staratelj učenika/ce _____,
madre/padre/tutore dell'alluno

razred _____ odeljenje _____ broj mobilnog roditelja: _____
classe sezione numero di telefono

zarad _____
a seguito di (napisati razlog, dijagnozu) /(indicare la diagnosi)

ZAHTEVA
CHIEDE

Izostanak na aktivnostima nastave fizičke kulture do sledećeg datuma:

L'esonero dalle lezioni di educazione fisica fino al:

Prilaže se :

Si allega

1) Opravdanje lekara izdato dana: ____/____/____ od doktora: _____
Certificato medico rilasciato il da

2) Trst, datum, _____
Trieste, data

Potpis: _____
Firma

Istituto comprensivo/Školska ustanova: _____

VISTO/VIDENO:

Il dirigente scolastico/ Potpis direktora škole: _____