

**Potvrda o sposobnosti sudjelovanja učenika
na nastavi tjelesne i zdravstvene kulture**

Ime i prezime _____

Škola _____

Razred _____

Datum _____ Školska godina _____

Grupa bolesti (MKB) _____

Na osnovu zahtjeva roditelja / učenika , učenik/ca se oslobađa praktičnog dijela nastave tjelesne i zdravstvene kulture

1) PRIVREMENO

a) svih aktivnosti u trajanju od _____

b) dijela aktivnosti u trajanju od _____

Nedopuštene aktivnosti _____

2) TRAJNO - tijekom čitave školske godine

a) svih aktivnosti

b) dijela aktivnosti

Nedopuštene aktivnosti _____

3) Zdravstveno stanje učenika zahtjeva primjenu: Nastavnog plana i programa za djecu s posebnim potrebama, odnosno Okvirnog programa TZK za učenice i učenike koji iz zdravstvenih razloga moraju ostvariti poseban program

4) Zahtjev se odbija

Profesor TZK

Nadležni školski liječnik
