

**Sárisáp és Környéke Körzeti Általános Iskola**  
**Kollár Mária intézményvezető részére**  
**2523 Sárisáp**  
**Fő u. 97.**

**KÉRELEM (2)**

**teljes/részleges/időszakos felmentésre**

Alulírott.....szülő (gondviselő) kérem, hogy a  
gyermekemet, .....  
..... osztályos tanulót

a..... s tanévben az orvosi (teljes felmentés esetén szakorvosi) vélemény  
alapján az alábbiak szerint felmenteni szíveskedjék:

1. teljes
2. részleges (gyógytestnevelésen való rendszeres részvétel)
3. időszakos felmentés.

(Kérem, a megfelelőt húzza alá!)

Mellékelten csatolom az orvosi véleményt.

Kelt: ....., .....

.....  
szülő