

Óra/edzés látogatás igazolása 2018/2019. tanév II. félév

Miskolci Zrínyi Ilona Gimnázium

Sportegyesület/gyógytestnevelő neve:

.....
.....

3530 Miskolc
Nagyváthy u. 5.

Edzés/gyógytestnevelés óra helye:

.....
.....

Edzés/gyógytestnevelés óra időpontja:

.....
.....

A tanuló neve:

.....

Hónap:

Dátum	Edző aláírása	Szülő aláírása

Leadandó minden hónap 3. munkanapjáig a testnevelés szaktanárnak.