
(meno, priezvisko a adresa žiadateľa, tel. kontakt, mail)

•
Stredná zdravotnícka škola
Vinohradnícka 8
971 01 Prievidza
•

•
V dňa
•

Vec

Žiadosť o komisionálne preskúšanie

Dolu podpísaný zákonný zástupca žiaka/žiačky

.....
(meno a priezvisko, dátum narodenia, bydlisko, trieda)

Vás žiadam o povolenie vykonania komisionálnej skúšky z predmetu
..... za polrok školského roka
z dôvodu

Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

S pozdravom

.....
podpis zákonného zástupcu