

.....
(meno, priezvisko a adresa zákonného zástupcu - u nepľnoletých žiakov vypisuje zákonný zástupca)

Stredná zdravotnícka škola

Lipová 32

066 83 Humenné

Vec:

Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky

Podpísaný/á/, dátum narodenia :, trieda:

žiadam riaditeľstvo školy o povolenie vykonať komisionálnu skúšku z predmetu:

.....

Dôvod:

.....

.....

V dňa

.....

podpis zákonného zástupcu
(u nepľnoletých žiakov)

.....

podpis žiaka