

Príloha 12 Žiadosť o nahrádzanie OKP, potvrdenie nahradenia OKP



ŽIADOSŤ O NÁHRADU ODBORNEJ KLINICKEJ PRAXE

Meno a priezvisko žiaka:

Trieda:

Celkový počet vymeškaných hodín nad 10 %

(K žiadosti je žiak povinný priložiť kópiu lekárskeho potvrdenia oprávňujúcu jeho absenciu)

Prehľad vymeškaných hodín

Dátum	Počet hodín	Dôvod vymeškania

Týmto žiadam o umožnenie náhrady vymeškaných hodín z predmetu OKP

.....
Dátum

.....
Podpis žiaka

.....
Podpis triedneho učiteľa

Vyjadrenie riaditeľky školy

S ú h l a s í m – N e s ú h l a s í m s náhradou vymeškaných hodín z predmetu OKP.

.....
Dátum

.....
Podpis riaditeľky školy

Potvrdenie o náhrade OKP

Dátum	Oddelenie	Počet hodín/od-do	Podpis učiteľa