\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu žiaka/plnoletého žiaka, trvalé bydlisko vrátane PSČ)

Stredná zdravotnícka škola

Sládkovičova 36

080 24 Prešov

 V .................................. dňa ...................................

**Žiadosť o vykonanie skúšky v náhradnom termíne**

Vážená pani riaditeľka,

žiadam Vás o povolenie vykonania skúšky v náhradnom termíne môjho syna/mojej dcéry\*

........................................................................................... žiaka/žiačky\* ................... triedy,

študijného odboru ............................................................ za ........ polrok šk. roku ................

z vyučovacieho predmetu .......................................................................................................

**Odôvodnenie:**

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

 .........................................................................

 podpis zákonného zástupcu žiaka/plnoletého žiaka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Nehodiace sa prečiarknite