––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

 (meno, priezvisko a adresa zákonného zástupcu, mail, tel. kontakt)

**Stredná zdravotnícka škola sv. Vincenta de Paul**

Ul. 17. novembra 1056

**955 01 Topoľčany**

 Topoľčany dňa ...............

**Žiadosť komisionálne preskúšanie**

Dolu podpísaný zákonný zástupca žiaka/žiačky **meno a priezvisko, dátum narodenia, bydlisko, trieda** Vás žiadam o povolenie vykonania komisionálnej skúšky z predmetu **predmet** za x. polrok školského roka RRRR/RRRR z dôvodu **....................................................**

Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

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

*podpis zákonného zástupcu*