

---

(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*