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

 (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 o prestup**

Dolu podpísaný zákonný zástupca žiaka/žiačky **meno a priezvisko, dátum narodenia, bydlisko** žiadam o povolenie prestupu môjho syna/mojej dcéry na Vašu strednú školu do ......... ročníka.

Dátum prestupu: DD.MM.RRRR

Dôvod: uviesť dôvod.

 Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

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

*podpis zákonného zástupcu*

Príloha:

Fotokópie vysvedčení