Meno, adresa, mail a tel. číslo

zákonného zástupcu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spojená škola Svätej Rodiny

Gercenova 10

851 01 Bratislava

Vec: Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky.

Podpísaný/á ..............................................................,

zákonný zástupca žiaka/žiačky.................................................................................

dátum narodenia .................................., trieda ................................

Vás žiadam o povolenie vykonania komisionálnej skúšky z predmetu/predmetov

 ................................................................................. za školský rok ........................

podľa § 25 odst. 5 zákona č. 245/2008 Z. z.

Na vykonanie skúšky/skúšok navrhujem termín ......................................................

V .............................., dňa ...................................

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

 podpis zák. zástupcu