......................................................................................................................................................(Meno a priezvisko, úplná adresa, email, telefonický kontakt)

Stredná zdravotnícka škola

M. T. Schererovej v Ružomberku

Dončova 7

034 01 Ružomberok

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

(miesto a dátum podania žiadosti)

**Vec: Žiadosť o prestup**

Dolu podpísaný/á zákonný zástupca žiaka / žiačky .....................................................................

narodeného/narodenej (miesto a dátum) ......................................................................................

bydlisko .......................................................................................................................................,

žiadam o povolenie prestupu môjho syna / dcéry z .......... ročníka (názov odboru a adresa školy) ............................................................................................................................................

v školskom roku ......................... ku dňu ....................na odbor .................................................

SZŠ M. T. Schererovej z dôvodu..................................................................................................

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

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

 *podpis zákonného zástupcu*