
(Meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska žiaka alebo zákonného zástupcu žiaka, ak nie je žiak plnoletý)

Riaditeľstvo
Stredná zdravotnícka škola
Farská 23
950 50 Nitra

V..... dňa

Žiadosť o povolenie opakovať ročník

Dolupodpísaný(á) týmto žiadam o povolenie
opakovať ročník pre syna/dcéru:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bytom:

Trieda:

Šk. rok:

Zdôvodnenie:
.....

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

.....
(podpis žiadateľa)