(meno, priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko, telefonický kontakt, mailový kontakt)

**Základná škola**

**Ul. 17. novembra 31**

**083 01 SABINOV**

**Žiadosť o oslobodenie od vyučovacieho predmetu ...................................... jazyk**

Žiadam o oslobodenie svojho syna/dcéry

Meno a priezvisko .........................................................................................................

Dátum a miesto narodenia : ..................................................... rodné číslo .............................

Trvalý pobyt : ..................................................................................................................

O oslobodenie žiadam na základe odporúčania CPPPaP.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

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

 podpis zákonného zástupcu