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

**Základná škola**

**Ul. 17. novembra 31**

**083 01 SABINOV**

**Žiadosť o povolenie vykonať komisionálnu skúšku**

Žiadam o povolenie vykonať komisionálnu skúšku z predmetu ................................................. pre môjho syna / moju dcéru

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

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

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

žiaka / žiačky\*........................... triedy.

**Odôvodnenie:**

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

Za skoré vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V Sabinove, dňa .................

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

podpis zákonného zástupcu

\* Nehodiace sa prečiarknite!