
(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!