Meno a priezvisko zákonného zástupcu/plnoletého žiaka, adresa

SŠUPfilmová

Petzvalova 2

Košice

040 11

# Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky

Žiadam riaditeľstvo školy o vykonanie komisionálnej skúšky z predmetu:

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

meno žiaka/žiačky :......................................................................................

dátum narodenia:.......................

trieda:.........................

**Dôvod\*:**

1. skúšanie v náhradnom termíne
2. žiadosť žiaka alebo zákonného zástupcu o preskúšanie žiaka
3. vykonanie opravnej skúšky
4. individuálne vzdelávanie podľa § 24 Školského zákona č. 245/2008 Z. z.
5. iný dôvod:...........................................................................................................................

V ...................................................... dňa ..................................................

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

\*zvolené odôvodnenie zvýraznite podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka