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

*(meno, priezvisko, titul, adresa bydliska, telefonický kontakt žiadateľa - matka)*

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

*(meno, priezvisko, titul, adresa bydliska, telefonický kontakt žiadateľa - otec)*

Riaditeľstvo Základnej školy

M. Rázusa 1672/3

960 01 Zvolen

**Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky**

Žiadame Riaditeľstvo ZŠ, M. Rázusa 1672/3, Zvolen o **povolenie vykonať komisionálnu skúšku** z predmetu/predmetov ............................................................................................................................

pre syna/dcéru .............................................................................................................................,

žiaka/žiačku ..................... triedy Vašej základnej školy z dôvodu ............................................................

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

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

….............................................................. …..............................................................

*podpis zákonného zástupcu dieťaťa (otec) podpis zákonného zástupcu dieťaťa (matka)*