Meno a adresa zákonného zástupcu, tel. číslo

 Škola pre mimoriadne nadané deti a gymnázium

 PhDr. Jolana Laznibatová, CSc.

 riaditeľka školy

 Teplická 7

831 02 B r a t i s l a v a

**Vec: Žiadosť o povolenie vykonať komisionálnu skúšku**

**Podpísaný /á ................................................................................................................................**

**Žiak/žiačka.......................................................................Trieda................................................**

**Žiadam riaditeľstvo školy o povolenie vykonať komisionálnu skúšku z predmetu.............**

**......................................................................................................................................................**

**Dôvod:..........................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................**

**V prípade žiaka, ktorý plní osobitný spôsob školskej dochádzky na zahraničnej škole, uviesť názov a adresu zahraničnej školy:**

**.......................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................**

**V..................................................................dňa...........................**

**.................................................................... ........................................................**

 podpis zákonného zástupcu podpis žiaka