
Zákonný zástupca (priezvisko, meno, titul, ulica, číslo, PSČ, obec)

**Stredná zdravotnícka škola
J. Kozáčka 4
960 01 Zvolen**

V dňa

Vec: Žiadosť o náhradný termín prijímacích skúšok

Dolu podpísaný/á* zákonný zástupca môjho syna/mojej dcéry:*

..... (priezvisko a meno uchádzača/čky o štúdium
dátum narodenia:

Vás týmto žiadam o **vykonanie prijímacích skúšok** syna/dcéry* na Strednú zdravotnícku školu,
J. Kozáčka 4, Zvolen do 1. ročníka 4-ročného denného štúdia študijného odboru:

..... (kód a názov)

v náhradnom termíne.

Odôvodnenie (dôvod označte x):

akútny zdravotný problém (doložený potvrdením od lekára)

iné

Za kladné vybavenie vopred ďakujem a ostávam s pozdravom

podpis zákonného zástupcu

Žiadosť je potrebné doručiť škole (osobne, poštou alebo e-mailom) najneskôr v deň konania prijímacích skúšok do 8. 00 hodiny.

* Nehodiace sa škrtnite