Meno a adresa:

Tel. číslo:

SOŠ potravinárska
Cabajská 6
949 01 Nitra

V Nitre, dňa .....

Vec Žiadosť o opakovanie ročníka v šk. roku ...../.....

Meno a priezvisko žiaka .....

Dátum narodenia žiaka .....

Trieda ..... Dôvod opakovania ročníka .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....

S pozdravom

.....
podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka

Vyjadrenie triedneho učiteľa: súhlasím nesúhlasím

Podpis triedneho učiteľa: .....

Vyjadrenie riaditeľky školy: súhlasím nesúhlasím

Podpis riaditeľky školy: .....