**Meno a adresa:**

**Tel. číslo:**

 SOŠ potravinárska

Cabajská 6

 949 01 Nitra

V Nitre, dňa ............................

**Vec Žiadosť o komisionálnu/opravnú skúšku**

Meno a priezvisko žiaka ..................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..................................................................

Trieda: ..................................................................

Odbor: ...................................................................

Dôvod: ...................................................................

Predmety: ...................................................................

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

S pozdravom

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

podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka

Vyjadrenie triedneho učiteľa: súhlasím nesúhlasím

Podpis triedneho učiteľa: .......................................................................

Vyjadrenie riaditeľky školy: súhlasím nesúhlasím

Podpis riaditeľky školy: ..................................................................