\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*meno a priezvisko žiaka, úplná adresa, tel. číslo*

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

**Vec**

**Žiadosť o povolenie opakovať ročník**

Meno a priezvisko ......................................................, dátum narodenia ............................ v zmysle § 37 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás žiadam o povolenie opakovať ............. ročník v študijnom odbore ..................................... v školskom roku ...................................... .

Povolenie žiadam z dôvodu:

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

 S pozdravom

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

 *podpis žiadateľa*