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

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

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

**Vec**

**Žiadosť o uvoľnenie z vyučovania**

Meno a priezvisko ......................................................., dátum narodenia ............................, žiak / žiačka .................... triedy, žiadam Vás o uvoľnenie z vyučovania v termíne od ..................... do.................... .

O uvoľnenie žiadam z dôvodu:

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

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

 *podpis žiadateľa*