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

*meno a priezvisko zák. zástupcu, úplná adresa, tel. číslo*

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

**Vec**

**Žiadosť o uvoľnenie z vyučovania**

Žiadam Vás o uvoľnenie z vyučovania svojej dcéry / svojho syna ........................................., žiačky / žiaka ................... triedy v termíne od ................... do.................. .

O uvoľnenie žiadam z dôvodu:

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

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

 *podpis žiadateľa*