(zákonný zástupca uchádzača -meno, priezvisko, adresa, telefonický a emailový kontakt)

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

Vec

**Žiadosť o náhradný termín prijímacích skúšok**

Dolupodpísaný zákonný zástupca syna/dcéry ..........................................................................., dátum nar. ........................................, Vás týmto žiadam o vykonanie prijímacích skúšok syna/dcéry na Strednú zdravotnícku školu, Levočská 5, Poprad v študijnom odbore 5361 M praktická sestra v náhradnom termíne.

**Odôvodnenie (dôvod označte x)**

akútny zdravotný problém (doložený potvrdením od lekára)

iné ......................................................................................................................................

Za kladné vybavenie vopred ďakujem a ostávam s pozdravom.

 podpis zákonného zástupcu

Žiadosť je potrebné doručiť škole (osobne, poštou alebo emailom) najneskôr v deň konania skúšok do 8:00 hod.