
meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa trvalého pobytu, telefonický kontakt

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 50 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 v Poprade, v študijnom odbore 5356 M
zdravotnícky asistent 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.