––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

 (meno, priezvisko a adresa zákonného zástupcu, mail, tel. kontakt)

**Stredná zdravotnícka škola sv. Vincenta de Paul**

Ul. 17. novembra 1056

**955 01 Topoľčany**

 Topoľčany dňa ...............

**Žiadosť o uvoľnenie z vyučovania**

Dolu podpísaný zákonný zástupca žiaka/žiačky .....................................................,
z .......................... triedy Vás žiadam o uvoľnenie mojej dcéry/syna z vyučovania v dňoch
od ......................... do ............................

Dôvod žiadosti na uvoľnenie z vyučovania: ......................................................................
.......................................................................................................................................................

Za kladné vyjadrenie k žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

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

 podpis zákonného zástupcu

Vyjadrenie riaditeľa školy:

SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM s uvoľnením

Dátum : ............................. .............................................

 Mgr. Mariana Prochásková

 riaditeľka školy