*meno, priezvisko a adresa zákonného zástupcu žiaka*

**.......................................................................................................................................................**

Stredná odborná škola technická Galanta

Műszaki Szakközépiskola Galanta

**Ing. Beáta Kissová riaditeľ**

Esterházyovcov 712/10

924 34 Galanta

**........................................................**

 *miesto a dátum*

Vec **Žiadosť o povolenie vykonať komisionálnu skúšku**

Žiak / žiačka ............................................................................. trieda: ........................................

Žiadam riaditeľstvo školy o povolenie vykonať komisionálnu skúšku z predmetu:

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

Dôvod: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 podpis zákonného zástupcu podpis žiaka