Střední zdravotnická škola, Děčín,

Čsl. mládeže 5/9, příspěvková organizace

**Žádost o komisionální přezkoušení**

Žádám o komisionální přezkoušení z

předmětu ................................................. vyučující ................................................................

Jméno a příjmení žadatele: ...........................................................................................................

Datum narození : ........................... Kontakt (telefon,e-mail) ......................................................

Bydliště: .......................................................................................................................................

Třída: .................................. Třídní učitel: ...................................................................................

Zákonný zástupce nezletilého žáka: .............................................................................................

Zdůvodnění: .................................................................................................................................

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

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

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

Datum:

 Podpis žáka:

 Podpis zákonného zástupce: