**Meno a adresa:**

**Tel. číslo:**

 SOŠ potravinárska

Cabajská 6

 949 01 Nitra

V Nitre, dňa ............................

**Vec Žiadosť o opakovanie ročníka v šk. roku ............/.............**

Meno a priezvisko žiaka ...............................................................................................................

Dátum narodenia žiaka .................................................................................................................

Trieda ........................ Dôvod opakovania ročníka ............................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .......................................................................................

S pozdravom

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

 podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka

Vyjadrenie triedneho učiteľa: súhlasím nesúhlasím

Podpis triedneho učiteľa: ................................................

Vyjadrenie riaditeľky školy: súhlasím nesúhlasím

Podpis riaditeľky školy: ..................................................................