**Meno a adresa:**

**Tel. číslo:**

 SOŠ potravinárska

Cabajská 6

 949 01 Nitra

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

**Vec Žiadosť o uvoľnenie z vyučovania**

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

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

Trieda ............................ Termín ..............................................................................

Dôvod ...........................................................................................................................................

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