

ZÁKLADNÁ UMELECKÁ ŠKOLA V CÍFERI

SNP 5, 919 43 Cífer; tel.: 0901/708 538; mail: zuscifer@gmail.com

Žiadosť o povolenie komisionálnej skúšky

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: _____

Adresa zákonného zástupcu: Ulica: _____ Číslo: _____

PSČ: _____ Mesto/Obec _____

Žiadam o povolenie komisionálnej skúšky:

Názov predmetu: _____

Meno a priezvisko žiačky/ka: _____

Dátum narodenia žiačky/ka: _____

Miesto narodenia žiačky/ka: _____

Dôvod: _____

Meno učiteľa predmetu: _____

V _____ dňa _____

podpis zákonného zástupcu

Záznam školy:

Podpis učiteľa predmetu: _____

Vyjadrenie riaditeľa školy: súhlasím – nesúhlasím

podpis riaditeľa školy