
(zákonný zástupca uchádzača -meno, priezvisko, adresa, telefonický a emailový kontakt)

Stredná zdravotnícka škola
Levočská 5
058 01 Poprad

V dňa

Vec

Žiadosť o náhradný termín prijímacích skúšok

Dolupodpísaný zákonný zástupca syna/dcéry,
dátum nar., Vás týmto žiadam o vykonanie prijímacích skúšok
syna/dcéry na Strednú zdravotnícku školu, Levočská 5, Poprad v študijnom odbore 5361 M
praktická sestra v náhradnom termíne.

Odôvodnenie (dôvod označte x)

akútny zdravotný problém (doložený potvrdením od lekára)

iné

Za kladné vybavenie vopred ďakujem a ostávam s pozdravom.

podpis zákonného zástupcu

Žiadosť je potrebné doručiť škole (osobne, poštou alebo emailom) najneskôr v deň konania skúšok do 8:00 hod.