meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa trvalého pobytu

 Stredná zdravotnícka škola

 Lúčna 2

 984 17 Lučenec

 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 v Lučenci, v študijnom odbore 5356 M zdravotnícky asistent 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.