



*Stredná zdravotnícka škola
Egészségügyi Középiscola
Pod kaľváriou 1, 940 01 Nové Zámky*

Žiadosť o uvoľnenie z vyučovania

Meno žiaka/žiačky:

Trieda:

Žiadam o uvoľnenie z vyučovania dňa v čase od hod. do
..... hod. zo zdravotných/rodinných dôvodov.

Dátum

.....
podpis rodiča / plnoletého žiaka