...................................................................................................................................................................

Meno, priezvisko a bydlisko žiadateľa

T.

SOŠTech Galanta

Esterházyovcov 712/10

924 34 Galanta

 V Galante,.............................

 dátum

Vec

Žiadosť o povolenie štúdia podľa individuálneho učebného plánu

Podpísaný ..................................................., zákonný zástupca Vášho žiaka/Vašej žiačky, meno a priezvisko: ..................................................................................................................................., dátum narodenia ..........................................................., žiak/žiačka triedy : ................................. žiadam o umožnenie pokračovať v štúdiu môjmu synovi/mojej dcére o povolenie štúdia podľa individuálneho učebného plánu v školskom roku 2019/2020 v učebnom odbore ...........................................................

 Za pochopenie a kladné vybavenie mojej žiadosti Vám vopred ďakujem

 S pozdravom

 ............................................

Prílohy : Odporúčanie lekára