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

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu, úplná adresa, telefónne číslo)

Stredná zdravotnícka škola

M. T. Schererovej v Ružomberku

Dončova 7

034 01 Ružomberok

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

(miesto a dátum podania žiadosti)

**Vec: Žiadosť o predĺženie klasifikačného obdobia**

Žiadam Vás o predĺženie klasifikačného obdobia pre moju dcéru/syna ..............................................,

žiačku/žiaka ....................... triedy za ............. polrok školského roka ..................................................

z dôvodu ................................................................................................................................................

do .................................

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

S pozdravom

 *Vlastnoručný podpis*