Adresa:

SOŠ OaS

Pelhřimovská 1186/10

026 80 Dolný Kubín

Dolný Kubín

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

Vec

**Žiadosť o komisionálne preskúšanie**

Žiadam Vás o komisionálne preskúšanie z predmetov: .......................................................

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

V školskom roku ...................... som žiakom/žiačkou ..................... triedy, študijný/učebný

odbor ......................................, triedny učiteľ .......................................................................

O komisionálne preskúšanie žiadam z dôvodu .....................................................................

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

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

S pozdravom