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

(meno, priezvisko, adresa trvalého pobytu, telefónne číslo zákonného zástupcu)

 Odborné učilište internátne

 Ul. Janka Alexyho č.1942

 031 01 Lipt. Mikuláš

v ..................................... dňa......................

**Žiadosť o skrátenie vyučovania**

 Na základe ...........................................................................................Vás žiadam o skrátenie vyučovania môjho syna /dcéry ....................................................................., žiaka ...............triedy,

v počte ..........................vyučovacích hodín denne, t. j. .........................................vyučovacích hodín týždenne zo zdravotných dôvodov.

K žiadosti prikladám vyjadrenie lekára, psychologickej poradne atď.

 Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

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

 podpis zákonného zástupcu

Vyjadrenie lekára: