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

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu, alebo plnoletého žiaka , 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 uvoľnenie žiaka/žiačky z vyučovania**

Žiadam o uvoľnenie môjho syna/mojej dcéry ............................................................................. žiaka/žiačky .................. triedy z vyučovania v termíne ..................................................................... .

Odôvodnenie:

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

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

 *Vlastnoručný podpis*