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

(Meno a priezvisko 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 predĺženie klasifikačného obdobia**

Podpísaná/ý ................................................................., žiačka/žiak ................ triedy, Vás žiadam o predĺženie klasifikačného obdobia za ............. polrok školského roka ................................... z dôvodu ................................................................................................................................................

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

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

S pozdravom

 *Vlastnoručný podpis*