Meno a priezvisko žiaka/žiačky, adresa trvalého bydliska

SZŠ

J. Kozáčeka 4

960 01 Zvolen

 Miesto a dátum

**Vec:**

**Žiadosť o umožnenie prestupu**

Podpísaný/á žiak/žiačka menom ..........................................................................................., nar.: ..........................................., žiadam o povolenie prestúpiť z(o) ............................................................................................................................(názov a adresa školy) na Strednú zdravotnícku školu, J. Kozáčeka 4, Zvolen odbor ............................................................, ročník: ........................................... ku dňu: .................................................... .

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

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

 Vlastnoručný podpis

Meno a priezvisko zákonného zástupcu žiaka/žiačky, adresa trvalého bydliska

SZŠ

J. Kozáčeka 4

960 01 Zvolen

 Miesto a dátum

**Vec:**

**Žiadosť o umožnenie prestupu**

Podpísaný/á žiadam o povolenie prestupu môjho syna/mojej dcéry ..............................................................................................................., nar. ..................................... z(o) ............................................................................... ...................................... (názov a adresa školy) na Strednú zdravotnícku školu, J. Kozáčeka 4, Zvolen, odbor: ........................................................., ročník: ............................................. ku dňu : ............................................... .

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

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

 Vlastnoručný podpis