#  Základná škola, Lichardova 24, 010 01 Žilina



**Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky**

**(plnenie osobitného spôsobu povinnej školskej dochádzky)**

# Zákonný zástupca žiaka

Meno a priezvisko: ..................................................................................................................

Adresa trvalého bydliska: ........................................................................................................

Tel. kontakt: .............................................. e-mail:..................................................................

# Žiadam o povolenie vykonania komisionálnej skúšky môjho syna/mojej dcéry:

Meno a priezvisko dieťaťa: .........................................................................................................

Dátum narodenia: .................................................. za ročníky:..................................................

# Odôvodnenie:

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

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

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

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

V.................................. dňa.............................. ............................................

podpis zákonného zástupcu