meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa, PSČ

**Spojená škola**

**riaditeľka školy**

 PaedDr. Dajana Csóková

Bratislavská 44

900 45 Malinovo

**Vec: Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky na Spojenej škole, org. zložke ZŠ**

Žiadam Vás o vykonanie komisionálnej skúšky z predmetu:

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

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

Dátum narodenia : ...........................

Trieda: ..............................................

Komisionálna skúška bude vykonaná za ......... . ročník, ..................... polrok školského roka.

Dôvod\*:

1. skúšanie v náhradnom termíne
2. žiadosť žiaka alebo zákonného zástupcu o preskúšanie
3. vykonanie opravnej skúšky
4. oslobodenie žiaka od povinnosti dochádzať do školy
5. plnenie osobitného spôsobu školskej dochádzky / žiaci študujúci v zahraničí /
6. individuálne vzdelávanie podľa § 24 Školského zákona č. 245/2008 Z.z.
7. vzdelávanie v ZŠ na získanie stredného vzdelania podľa § 30 ods. 5 Školského zákona č. 245/2008 Z. z.

V Malinove, dňa ..................... ..............................................

 podpis zákonného zástupcu

**Vyjadrenie:**

S vykonaním komisionálnej skúšky súhlasím / nesúhlasím.

V Malinove, dňa ..................... ................................................

 PaedDr. Dajana Csóková

 riaditeľka školy

\*zvolené odôvodnenie zvýraznite