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

Titul, meno, priezvisko zákonného zástupcu 1, adresa trvalého bydliska, tel.č.

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

Titul, meno, priezvisko zákonného zástupcu 2, adresa trvalého bydliska, tel.č.

Gymnázium

Park mládeže 5

040 01 Košice

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

**Vec:**

**Žiadosť o opakovanie ročníka**

Týmto Vás žiadam o povolenie opakovať ..................... ročník štúdia môjmu synovi /dcére\* ........................................................................................., nar. ........................, trvale bytom: ............................................................................................................., z dôvodu: ........................

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

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

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

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

 podpis zákonného zástupcu 1

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

 podpis zákonného zástupcu 2

⁎ nehodiace sa preškrtnúť

Vyjadrenie riaditeľa školy:

Na základe posúdenia vzdelávacích výsledkov žiaka a dôvodov uvedených v tejto žiadosti POVOĽUJEM – NEPOVOĽUJEM opakovanie ročníka

Dátum: ..................................... ......................................................

 riaditeľ školy