(meno a priezvisko, adresa, tel. číslo, mail)

SOŠ pedagogická sv. Andreja-Svorada a Benedikta

Ul. 1. mája 7

911 01 Trenčín

V Trenčíne dňa ...........................

## Žiadosť o povolenie vykonať EČ a PFIČ MS v náhradnom termíne

Meno a priezvisko žiaka/čky: ...........................................................................................

Trieda a odbor: .................................................................................................................

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

Týmto žiadam o možnosť vykonať EČ a PFIČ MS v náhradnom termíne

z predmetu(ov) ...........................................................................................................................

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

 ---------------------------------

 podpis