

Vážený pan
PaedDr. Karel Vokáč
ředitel SŠT
Dělnická 21
434 01 Most

V, dne

Žádost o povolení opravné závěrečné zkoušky

Žádám o povolení vykonání **opravné závěrečné zkoušky** (zaškrtněte):

písemná část praktická část ústní část

v měsíci rok

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Třída:, obor:

Korespondenční adresa:

Telefon: E-mail:

Předem děkuji za kladné vyřízení, s pozdravem

.....
podpis žáka (zákonného zástupce)

Vyjádření ZŘTV:

Vyjádření ředitele: