**Žádost o vykonání opravné zkoušky**

Jméno: .................................................... narozen(a) ......................

Zákonný zástupce ............................................................................

Bydliště: ............................................................................................

Třída: ......................

**Žádám o opravnou zkoušku za .......... pololetí školního roku .......................................... z předmětů:**

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………

…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Děkuji.

…………………………………………

podpis žáka

…………………………………………

podpis zákonného zástupce

**Vyjádření ředitele školy:**

Souhlasím – nesouhlasím

Termín opravné zkoušky:

…………………………………………

Ing. Josef Vondál

ředitel