(Meno, priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko, telefonický kontakt, mailový kontakt)

**Základná škola s materskou školou Šarišské Michaľany**

**PaedDr. Mária Cvancigerová**

**Pod lesíkom 19**

**082 22 Šarišské Michaľany**

**Žiadosť o vydanie odpisu vysvedčenia**

Žiadam o vydanie odpisu vysvedčenia svojho syna/dcéry

meno a priezvisko: ....................................................................................................... ,

dátum a miesto narodenia : ........................................................... , rodné číslo ..........................

za 1. polrok školského roka: ......................... .

Odôvodnenie: .......................................................................................................................................................

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

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V .........................................dňa ................... ........................................................

 podpis zákonného zástupcu