**Meno a adresa:**

**Tel. číslo:**

SOŠ potravinárska

Cabajská 6

949 01 Nitra

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

**Vec Žiadosť o individuálny študijný plán v šk. roku ............/.............**

(IŠP je možný len na základe lekárskeho potvrdenia)

Meno a priezvisko žiaka ...............................................................................................................

Dátum narodenia žiaka .................................................................................................................

Trieda ........................ Dôvod IŠP .....................................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .......................................................................................

S pozdravom

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

podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka

Vyjadrenie triedneho učiteľa: súhlasím nesúhlasím

Podpis triedneho učiteľa: ................................................

Vyjadrenie riaditeľky školy: súhlasím nesúhlasím

Podpis riaditeľky školy: ..................................................................