

---

Meno a priezvisko plnoletého žiaka, adresa trvalého bydliska, mailová adresa, telefónne číslo

Stredná zdravotnícka škola  
Tajovského 24  
974 29 Banská Bystrica

### **ŽIADOSŤ O VYJADRENIE NA ÚČEL POSKYTNUTIA PODPORNÉHO OPATRENIA**

Vážený pán riaditeľ,

v súlade s §145, písm. b zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (Školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás týmto žiadam o vyjadrenie na účel poskytnutia podporného opatrenia.

---

podpis žiadateľa

V ....., dňa .....