*DEBRECENI Csokonai Vitéz Mihály Gimnázium*

***4032 Debrecen, Békessy Béla u. 12.🕿 531-867; Fax: 531-867***

***e-mail:*** ***iskola@csokonai-debr.edu.hu******, OM: 031197***

Dr. Molnárné Szecskó Ágnes

igazgató

részére  **Ikt.sz.:**

**KÉRELEM OSZTÁLYOZÓ VIZSGÁRA**

**JELENTKEZŐ ADATAI:**

Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni.

**Név:**

**Osztály: Oktatási azonosító:**

**Születési hely és idő:**

**Anyja neve:**

**Lakcím:**

**OSZTÁLYOZÓ VIZSGÁRA VONATKOZÓ ADATOK:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tantárgy** | **Évfolyam, melynek tananyagából vizsgát kíván tenni** | **Kérelem indoka** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dátum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 tanuló aláírása szülő aláírása (kiskorú esetén)