

Žádost o přerušení studia

Žádám tímto o přerušení studia _____ ročníku

oboru _____ k datu _____

z důvodu: zdravotního
 osobního

Děkuji za vstřícný přístup a vyhovění mé žádosti.

Žadatel

Jméno: _____ Příjmení: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Mobil: _____ E-mail: _____

Bydliště

Ulice: _____ Číslo: _____

Město: _____ PSČ: _____

V _____ dne _____

podpis žadatele

Zákonný zástupce

Jméno: _____ Příjmení: _____

Bydliště

Ulice: _____ Číslo: _____

Město: _____ PSČ: _____

podpis zákonného zástupce

Vyjádření zástupce ředitele: **souhlasím / nesouhlasím**

podpis zástupce ředitele

Vyjádření ředitele školy: **souhlasím / nesouhlasím**

podpis ředitele