

Žádost o ukončení studia

Žádám tímto o ukončení studia _____ ročníku oboru _____

k datu _____ z důvodu:

neprospěchu

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