

Ředitelství
SZŠ a VOŠ zdr. Liberec,
příspěvková organizace
Kostelní 9, Liberec 2
460 31

Datum: _____

Věc: **Žádost o přerušení studia**

Jméno a příjmení žáka/studenta: _____

Datum narození: _____ Třída: _____ Studijní obor – zkratka: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Zákonný zástupce žáka/studenta: _____

Bydliště zákonného zástupce: _____

Důvod přerušení studia: _____

Studium žádám přerušit ke dni: _____

Předpokládaný termín obnovení studia je: _____

Podpis zákonného zástupce u nezletilého žáka: _____

Podpis zletilého žáka/studenta: _____

Vyjádření ředitelky školy:

Datum: _____

podpis, razítko školy