

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

Datum: _____

Věc: **Žádost o přerušeni vzdělávání**

Jméno a příjmení žáka/studenta: _____

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

Adresa trvalého bydliště: _____

Zákonný zástupce žáka/studenta: _____

Bydliště zákonného zástupce: _____

Důvod přerušeni vzdělávání: _____

Vzdělávání žádám přerušit ke dni: _____

Předpokládaný termín obnovení vzdělávání je: _____

Podpis zákonného zástupce u nezletilého žáka: _____

Podpis zletilého žáka/studenta: _____