

Žádost o přerušení studia

Střední pedagogická škola a
Střední zdravotnická škola
svaté Anežky České
1. máje 249/37
742 35 Odry

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

žáka/žákyně

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Studijní obor: _____

Třída: _____

žádá o přerušení studia od _____ do _____

z důvodu _____

V _____ dne _____
_____ podpis zákonného zástupce

Podpis žáka: