

Žádost o povolení přerušení studia

ŽADATEL			
Příjmení a jméno		Datum narození	
Adresa			
Zák. zástupce		Telefon	
Důvod			

DOSAVADNÍ STUDIUM			
Obor		Kód oboru	
Třída		Třídní učitel	

.....
Datum

.....
Podpis žáka
(u nezletilých i zák. zástupce)

VYJÁDŘENÍ		
Třídní učitel (resp. zástupce ředitele pro teoretické vyučování)		
Ředitel školy		
nepovolit		
povolit	Ode dne	
	Do dne	
	Poznámky	

Dne

Podpis