

ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ STUDIA

Jméno a příjmení : _____

Datum narození : _____

Bydliště : _____

Třída : _____ Obor : _____

Žádám o přerušení studia ke dni _____ do _____ (max. doba
přerušení studia jsou dva roky) z důvodu : _____

V Mladé Boleslavi dne _____

podpis zákonného zástupce
(v případě, že student není plnoletý)

podpis studenta

Vyjádření ředitele školy : _____

podpis ředitele školy

