



## 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