

Střední zdravotnická škola, Karviná, p. o.
Borovského 2315/1
734 01 Karviná-Mizerov**Žádost o přerušení vzdělávání**

Žadatel (žák/zákonný zástupce)

| | |
|---|--------------|
| Jméno a příjmení: | |
| Datum narození: | Třída: |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce: <small>vyplňte jen u nezletilých</small> | |
| Bydliště: <small>vyplňte jen u nezletilých žáků</small> | |
| Kontakt (tel., e-mail): | |

Žádám o přerušení vzdělávání od do.....
z důvodu

V dne

Podpis žáka/žákyně:

Zákonného zástupce:
vyplňte jen u nezletilýchvyplňte jen u nezletilých žáků

Vyjádření ředitelky školy:

Vaši žádosti vyhovují/nevhovují (viz rozhodnutí).

Dne

.....
Mgr. Jana Brych
ředitelka školy