

## Žádost o přerušení studia

Žádám o přerušení studia na Střední zdravotnické škole, Hranice, Nová 1820, 753 01 Hranice.

Jméno a příjmení : .....Telefon : .....

Zákonný zástupce : .....Telefon : .....

Datum narození: ..... Bydliště : .....

Studijní obor: ..... Třída: .....

Důvod přerušení studia : .....

Datum podání žádosti : .....

.....

Podpis studenta/ky

.....

Podpis zákonného zástupce

### **Vyjádření třídního učitele:**

#### **Student/tka odevzdal/la:**

Ochranné oděvy :           ano - ne

Klíč od šatní skříňky:       ano - ne

Učebnice:                    ano - ne

Podpis třídního učitele: .....

Datum: .....