Gymnázium a SOŠ
dr. Václava Šmejkala
Ústí nad Labem

# ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

**Žádám o přerušení vzdělávání** ve škole ke dni: _____na dobu do: _____ .

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____ Místo narození: _____

Adresa, ulice: _____ PSČ, obec: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Třída: _____Třídní učitel/ka: _____

**Zdůvodnění:** _____

_____

_____

**Zákonný zástupce nezletilého žáka/rodič žáka**

Jméno, příjmení: _____

Adresa, ulice: _____ PSČ, obec: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

V _____ dne _____

**Přílohy**
*Potvrzení ze zprostředkující agentury, organizace, zahraniční školy

_____ _____

Podpis žáka Podpis zákonného zástupce/rodiče žáka