Střední zdravotnická škola, Opava, příspěvková organizace

Mgr. Monika Gebauerová

Dvořákovy sady 176/2

746 01 Opava

**Žádost o přerušení vzdělávání**

Vážená paní ředitelko,

žádám o přerušení vzdělávání v období od ……………………….. do ……………………… z důvodu ……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Jméno a příjmení žáka/žákyně ………………………………………… třída ………………..

Datum narození žáka/žákyně:

Bydliště …………………………………………………………………………………………

Kontakt (tel., e-mail) ……………………………………………………………………………

Datum …………………

Podpis zletilého žáka:

**Přílohy** (např. lékařské vyjádření)

…………………………………………………………………………………………….…..…………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………...…