

SOŠ, SOU a ZŠ Třešť

K Valše 1251/38

589 01 Třešť



SOŠ, SOU
a **ZŠ Třešť**

ŽÁDOST O UKONČENÍ PŘERUŠENÍ STUDIA (nezletilého žáka)

ŽÁK

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště: PSČ:

Třída:

Žádám o ukončení přerušení studia žáka (viz výše)

Žádám o zařazení do ročníku oboru:

ode dne:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení:

Bydliště (liší-li se od žákova): PSČ:

Tel. spojení: E-mail:

V Třešti dne

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Podpis žáka