

Meno, priezvisko, trieda, dátum narodenia a presná adresa žiaka, telefón, mail

Stredná odborná škola pedagogická
Riaditeľstvo školy
Bullova 2
840 11 Bratislava 411

Bratislava dátum

VEC: Žiadosť o prerušenie štúdia

Podpísaný/á dátum narodenia
žiak/žiačka triedy, študijného/učebného odboru - kód a názov

.....
týmto žiadam riaditeľku SOŠPg o **prerušenie môjho štúdia** z dôvodov:
/zdravotných, rodinných, finančných, iných.../

.....
od dátumu

Za kladné vybavenie ďakujem.

S pozdravom

.....
vlastnoručný podpis žiaka

Odporúčenie triedneho učiteľa – podpis:

.....

Vyjadrenie riaditeľky školy:

.....

.....
riaditeľka školy