ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ STUDIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mgr. Simona Vágnerová, ředitelka školy |  | Žádost přijata dne:  |  |
|  |  |  |  |
| OA a SOŠ gen. F. Fajtla, Louny, p.o. |  | poštou – osobně |  |
|  |  |  |  |
| Osvoboditelů 380 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 440 01 Louny |  | č.j.  | oasoslouny/ /2023 |
|  |  |  |  |  |
|  |  | SZ: | oasoslouny/ /2023 |

**ŽADATEL** (žák – zák. zástupce nezletilého žáka)

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele |  |
| Datum narození  |  |
| Bydliště(ulice, č.p., PSČ, město) |  |
| Kód a název oboru |  |
| Ročník |  |
| Třída |  |
| Jméno a příjmení zák. zástupce žáka(jen u nezletilých žáků) |  |
| Bydliště zák. zástupce žáka (ulice, č.p., PSČ, město) |  |
| Telefon |  |
| Číslo datové schránky fyzické osoby |  |
| E-mail |  |

**DŮVOD ŽÁDOSTI**

|  |
| --- |
|  |

 podpis žadatele: ................................ podpis zák. zástupce žáka: ..............................