**ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ STUDIA**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………

Datum narození: ……………………………………………………………………………

Bydliště: ……………………………………………………………………………

Třída, obor: ……………………………………………………………………………

Zákonný zástupce: ……………………………………………………………………………

Tel., e-mail: ……………………………………………………………………………

Žádám Vás o přerušení studia ke dni …………………….. (nejdéle na dobu dvou let) na SPgŠ a SOŠS Mladá Boleslav z důvodu …………………………………………………………

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

V Mladé Boleslavi dne ………………………

…………………………………….. ……………………………………….

 podpis zákonného zástupce podpis žáka

Vyjádření třídního učitele:

…………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………….

 podpis třídního učitele

Vyjádření ředitele školy:

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

 ……………………………………………

 podpis ředitele školy