

Číslo žádosti

Žádost o přerušení studia

ZÁKLADNÍ UMĚLECKÁ ŠKOLA Jaroslava Kociana

Smetanova 1500, Ústí nad Orlicí, 562 01 IČ: 720 85 142, info@zusuo.cz, 605 476 148



Školní rok _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce / zletilého žáka

Obor (nástroj):

Jméno a adresa žáka:

Zdůvodnění žádosti:

podpis zákonného zástupce.....

podpis žáka.....

datum podání žádosti.....

- Přerušit vzdělávání lze nejdéle na dobu jednoho roku. Po uplynutí doby přerušení vzdělávání nastoupí žák do ročníku, ve kterém bylo vzdělávání přerušeno.
- Žák, který žádá o přerušení studia ze zdravotních důvodů, musí doložit patřičné dokumenty ke svému zdravotnímu stavu.

Vyjádření ředitele školy:

Souhlasím	<input type="checkbox"/>
Nesouhlasím	<input type="checkbox"/>

Podpis ředitele školy.....