VOŠ a SŠ automobilní, Zábřeh, U Dráhy 6

K rukám ředitele školy

U Dráhy 827/6

789 01 Zábřeh

V ………………….. Dne ……………….

**Žádost o povolení přerušení vzdělávání**

Žádám o povolení přerušení vzdělávání na Vyšší odborné škole a Střední škole automobilní, Zábřeh, U Dráhy 6 od dne …………… z důvodu ………………………… ………………………………………………………………………………………………….

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

Jméno a příjmení žáka/žákyně: …………………………………………………………….

Datum narození: …………………………………

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………..…

Obor: ……………………………………………………………………………………….…..

Ročník: ……………………… Třída: …………………………..

Písemný souhlas žáka/žákyně.

*„Souhlasím s podáním této žádosti o přerušení vzdělávání.“*

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

Podpis: ……………………………………….

**Jméno, příjmení zákonného zástupce nezletilého žáka/žákyně:**

…………………………………………………………………………………………………

Adresa: ……………………………………………………………………………………….

Podpis: ………………………………………………………….

Kontakt (telefon): ………………………………………………………….

Jiný kontakt (e-mail, datová schránka) …………………………………………………….

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