

Vyplní škola: č.j. SŠSS / /20

Ž Á D O S T O P Ř E R U Š E N Í V Z D Ě L Á V Á N Í

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Třída, ročník:

Obor:

Žádám o přerušeni vzdělávání od:

do:

Zdůvodnění:

V případě přerušeni studia ze zdravotních důvodů, je nutno doložit doporučení odborného lékaře.

Kontaktní adresa pro doručování písemností

Ulice a č. p.:

Město:

PSČ:

E-mail:

Telefon:

Zákonný zástupce nezletilého žáka

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

.....
Podpis žáka

.....
Podpis zákonného zástupce nezletilého žáka

Datum podání žádosti:

Vyplní škola

Vyjádření třídního učitele: Podpis:

Návrh na vyřízení žádosti: Podpis:

Podáním žádosti beru na vědomí, že uvedené osobní údaje jsou ze strany SŠSS zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů), což je ze strany SŠSS specifikováno v Zásadách zpracování osobních údajů dostupných na webových stránkách SŠSS.