



VYPLNÍ ŠKOLA: Č.J. SŠSS / /20

S D Ě L E N Í O Z A N E C H Á N Í V Z D Ě L Á V Á N Í

(dle § 68 zákona 561/2004 Sb v platném znění)

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Třída, ročník:

Obor:

Žádám o ukončení vzdělávání ke dni:

(uvádějte datum pozdější než datum podání žádosti)

Žádám o ukončení studia ve Střední škole společného stravování Ostrava-Hrabůvka.

Uveďte důvod:

K vystavení výstupního listu musí žadatel předložit potvrzený „dodatek k výstupnímu listu“, který obdrží na studijním oddělení.

Kontaktní adresa pro doručování písemností

Ulice a č. p.:

Město:

PSČ:

E-mail:

Telefon:

Zákonný zástupce nezletilého žáka

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození zákonného zástupce nezletilého žáka:

.....
Podpis žáka

.....
Podpis zákonného zástupce nezletilého žáka

Datum podání žádosti: