.......................................................................................................................................................

Meno, priezvisko plnoletého žiaka, adresa trvalého bydliska, tel.č.

Gymnázium

Park mládeže 5

040 01 Košice

 V ................................, dňa .................

**Vec:**

**Žiadosť o prerušenie štúdia**

 Horeuvedený/á, žiak/žiačka⁎ ................. triedy, nar. .........................., Vás týmto žiadam o povolenie prerušiť štúdium v školskom roku 20........ / 20........ od .......................... .

Ako dôvod svojej žiadosti uvádzam: (konkretizovať dôvody – zdravotné, osobné, iné)

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.........................................................

 podpis plnoletého žiaka

⁎ nehodiace sa preškrtnúť

Vyjadrenie riaditeľa školy:

POVOĽUJEM – NEPOVOĽUJEM prerušenie štúdia najviac na 3 roky

Dátum: ..................................... ......................................................

 riaditeľ školy