



**Střední odborná škola a Střední zdravotnická škola Benešov,
příspěvková organizace**
Černoleská 1997, 256 01 Benešov
tel.: 317 723 084
e-mail: kancelar@sosbn.cz

Žádost o přerušení vzdělávání

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Bydliště:

Žádám o přerušení vzdělávání oboru

od

z osobních/zdravotních důvodů.

V dne

podpis žadatele

podpis zákonného zástupce*

VYJÁDŘENÍ ŘEDITELE ŠKOLY.....

DATUM PODPIS ŘEDITELE ŠKOLY.....

*u nezletilých žáků