

---

(Meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu žiaka)

Riaditeľstvo  
Stredná zdravotnícka škola  
Farská 23  
950 50 Nitra

V..... dňa .....

Žiadosť o prerušenie štúdia

Dolupodpísaný(á) ..... týmto žiadam o prerušenie štúdia žiaka(čky):

meno a priezvisko: .....

trieda: .....

dátum narodenia: .....

bytom: .....

v čase od - do: .....

z nasledovných dôvodov:

.....  
.....

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

.....  
(podpis zákonného zástupcu)