

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk,
Soudní 20

Žádost o přerušení studia

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Bydliště studenta: _____

Číslo účtu pro případné vrácení zůstatku z fondu studenta _____

Žádám o přerušení studia

ke dni _____

Obor vzdělání: _____

Ročník: _____

Důvod: _____

Souhlasné stanovisko studenta _____ podpis: _____

V _____ dne _____