SOŠ a SOU Praha – Čakovice

k rukám p. ředitelky Mgr. Věry Novákové

Ke Stadionu 623, 196 00 Praha 9 – Čakovice

**Oznamuji Vám zanechání studia na vlastní žádost na Vaší škole**

|  |
| --- |
| ŽÁK |
| **Příjmení** |  |
| **Jméno** |  |
| **Třída** |  |
| Datum narození |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  | PSČ |  |
| Telefon pevná linka |  | Mobil |  | E-mail |  |
| **Adresa pro doručování, pokud se liší od adresy trvalého bydliště** |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  | PSČ |  |
|  |
| ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE  |
| **Příjmení** |  |
| **Jméno** |  |
| **Adresa**  |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  | PSČ |  |
| Telefon pevná linka |  | Mobil |  | E-mail |  |
|  |
| KE DNI: |

V …………………………………………. dne ………………………................

………………………………………………………. nebo ..…..…..……………………………………………

 Podpis nezletilého žáka Podpis zletilého žáka

 ……………………………………………………….

 Souhlas zákonného zástupce nezletilého žáka