Meno a priezvisko žiaka (zákonného zástupcu), bydlisko

 Súkromná stredná odborná škola pedagogická EBG

Školská 5

977 01 Brezno

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

 (Miesto a dátum)

VEC: **Žiadosť o prerušenie štúdia**

Podpísaný/á ............................................................., dátum narodenia ........................................, týmto žiadam riaditeľa SSOŠP EBG o **povolenie pokračovať v štúdiu po jeho prerušení** v študijnom odbore 7649N učiteľstvo materskej školy a vychovávateľstvo, ročník ...................., školský rok ........................................, od dátumu .................................................., z dôvodu ........................................................................................................................................

Dátum, ku ktorému bolo štúdium prerušené (Rozhodnutie o prerušení štúdia) ................................................

Za kladné vybavenie ďakujem.

-------------------------------------------

 Podpis žiaka