Ředitelství školy

SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené

Holečkova 4

Praha 5 – 150 00

V Praze dne …………………..

Vážený pane řediteli,

žádám Vás o ukončení studia:

jméno a příjmení žáka/ žákyně: ……………………………..………….………,

datum narození: ………………, bydliště ………………………………………,

studijní obor: ………………………………………………, ročník:…….…..…,

k datu:…………………….

Děkuji za kladné vyřízení žádosti

……………………………………………………………………………………

Podpis žáka

……………………………………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce u neplnoletých žáků

Vyjádření třídního učitele:

……………………………………………………………………………………

Vyjádření ředitele školy: Mgr. et Mgr. Václav Chmelíř

……………………………………………………………………………………