Meno a priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko



ZUŠ Eugena Suchoňa

M. R. Štefánika 9

902 01Pezinok

 **Žiadosť o prerušenie štúdia**

 Dolu podpísaný/á: ........................................................................

 týmto žiadam **o prerušenie štúdia** žiaka/čky ..........................................................................

z triedy p. učiteľa/ľky..................................................................................................................

od ...................  šk. roka ......................, z dôvodu ..................................................................... .

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

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

 miesto a dátum

 –––––––––––––––––––––––––

 podpis