

SÚKROMNÁ ZÁKLADNÁ UMELECKÁ ŠKOLA SZUŠ Macharova 1, 85101 Bratislava

tel.: 0908 178 345, skola@szus-canens.eu

Žiadosť o ukončenie štúdia na SZUŠ Macharova 1

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: _____

Adresa zákonného zástupcu: Ulica: _____ Číslo: _____

PSČ: _____ Obec: _____

Žiadam o odhlásenie:

Meno a priezvisko žiačky/ka: _____

Dátum narodenia žiačky/ka: _____

Miesto narodenia: _____

Dôvod: _____

Meno triedneho učiteľa: _____

V _____ dňa _____ *

_____ *

podpis zákonného zástupcu

*Predčasné ukončenie štúdia je možné najskôr posledným dňom mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bola podaná žiadosť (Vyhl. MŠ SR č. 324 o ZUŠ, § 7).

Záznam školy:

Odhlásenie žiaka zo štúdia ku dňu: _____

podpis tr. uč.: _____

Vyjadrenie riaditeľa školy: súhlasím – nesúhlasím

podpis riaditeľa školy