

ZÁKLADNÁ UMELECKÁ ŠKOLA V CÍFERI

SNP 5, 919 43 Cífer; tel.:0901/708 538; mail: zuscifer@gmail.com

Žiadosť o ukončenie štúdia na ZUŠ v Cíferi

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