



ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ STUDIA NA ZUŠ

ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Žádám o přerušení studia svého dítěte na ZUŠ LEDENICE ze zdravotních důvodů na základě lékařské zprávy/posudku (doloženo v příloze společně s žádostí) na období od.....do.....

Součástí této žádosti je i Žádost o prominutí poměrné části úplaty.

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Adresa:.....

Hudební obor:.....

Studijní zaměření:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

V Ledenicích dne:Podpis zákonného zástupce:.....

Základní škola, základní umělecká škola a mateřská škola Ledenice

Náměstí 88, 373 11 Ledenice

Kontakt: tel: 387995365

e-mail: skola@zs ledenice.cz



ŽÁDOST O PROMINUTÍ POMĚRNÉ ČÁSTI ÚPLATY ŠKOLNÉHO ZUŠ LEDENICE

Žádám o prominutí poměrné části úplaty školního ZUŠ Ledenice na základě přerušení studia ze zdravotních důvodů.

Žádám tímto o zaslání části úplaty školního ZUŠ Ledenice na číslo účtu.....

V Ledenicích dne:Podpis zákonného zástupce:.....

Přijato dne:Podpis:.....