

.....
meno, priezvisko, adresa zákonného zástupcu žiaka

Riaditeľstvo SZUŠ Slovenský Grob
Školská 11
900 26 Slovenský Grob

Dňa.....

VEC: Žiadosť o ukončenie štúdia

Podpísaný (á) Vás týmto žiadam o ukončenie štúdia
môjho dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia.....

Adresa trvalého bydliska.....

Odbor.....

Predmet.....

Ročník.....

Časť.....

Stupeň.....

Udanie dôvodu

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

S pozdravom

.....
podpis zákonného zástupcu