
Meno a priezvisko zákonného zástupcu, prípadne plnoletého žiaka, adresa trvalého bydliska, tel. kontakt

Školský internát

Medická 2

040 11 Košice

V..... dňa

VEC: Žiadosť o skončenie pobytu v školskom internáte

Dolupodpísaný/á/.....

zákonný zástupca žiaka/žiačky.....

trvale bytom

týmto žiadam o skončenie pobytu v Školskom internáte Medická 2, Košice,

dňa....., a to z dôvodov.....

.....

S pozdravom

.....

podpis zákonného zástupcu
prípadne plnoletého žiaka