

SPŠ a VOŠ Písek, Karla Čapka 402, 397 11 Písek

**PROPUSTKA**

Příjmení, jméno žáka, studenta:

**Má dovoleno opustit SPŠ a VOŠ Písek**

od datum:  do datum:  včetně, tj.  hodin

hodina  hodina

Schválil, datum

Podpis pracovníka školy

**Důvod opuštění školy**

soukromý

lékařské ošetření

razítko a podpis lékaře:

SPŠ a VOŠ Písek, Karla Čapka 402, 397 11 Písek

**PROPUSTKA**

Příjmení, jméno žáka, studenta:

**Má dovoleno opustit SPŠ a VOŠ Písek**

od datum:  do datum:  včetně, tj.  hodin

hodina  hodina

Schválil, datum

Podpis pracovníka školy

**Důvod opuštění školy**

soukromý

lékařské ošetření

razítko a podpis lékaře:

SPŠ a VOŠ Písek, Karla Čapka 402, 397 11 Písek

**PROPUSTKA**

Příjmení, jméno žáka, studenta:

**Má dovoleno opustit SPŠ a VOŠ Písek**

od datum:  do datum:  včetně, tj.  hodin

hodina  hodina

Schválil, datum

Podpis pracovníka školy

**Důvod opuštění školy**

soukromý

lékařské ošetření

razítko a podpis lékaře:

SPŠ a VOŠ Písek, Karla Čapka 402, 397 11 Písek

**PROPUSTKA**

Příjmení, jméno žáka, studenta:

**Má dovoleno opustit SPŠ a VOŠ Písek**

od datum:  do datum:  včetně, tj.  hodin

hodina  hodina

Schválil, datum

Podpis pracovníka školy

**Důvod opuštění školy**

soukromý

lékařské ošetření

razítko a podpis lékaře: