



Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka Brno,
příspěvková organizace
Gellnerova 66/1, 637 00 Brno

Speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené Brno
Šrámkova 419/1, 638 00 Brno

ŽÁDOST O UKONČENÍ SPOLUPRÁCE

Jméno zákonného zástupce/zletilého žáka: _____

Jméno dítěte, žáka: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště dítěte, žáka: _____

Žádám o ukončení spolupráce se SPC pro sluchově postižené Brno, Šrámkova 419/1, jenž je součástí Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka Brno, příspěvková organizace, Gellnerova 66/1, 637 00 Brno.

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce/zletilého žáka