



UKONČENÍ UBYTOVÁNÍ NA DOMOVĚ MLÁDEŽE ARCIBISKUPSKÉHO GYMNÁZIA V KROMĚŘÍŽI

Jméno a příjmení studenta:

Jméno rodiče (příp. zákonného zástupce):

Datum narození studenta:

Datum ukončení ubytování:

*Žádám o ukončení ubytování mého syna / dcery na Domově mládeže
Arcibiskupského gymnázia v Kroměříži.*

Podpis studenta:

Podpis rodiče (popř. zákonného zástupce):
