



Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola

Praha 4, 5. května 51, IČ: 00638722 DIČ: CZ00638722

tel.: 244 105 001, fax: 244 105 043

e-mail: zdravotnickaskola@centrum.cz web: www.zdravotnickaskola5kvetna.cz

Žádost o individuální vzdělávací plán

Č.j.: SOs -

Jméno a příjmení žáka, dat. nar.:

Kontaktní adresa, PSČ:

Obor, třída, forma vzděl.:

Třídní učitel:

Školní rok: Od:

Důvody žádosti:

.....
.....

Datum:

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

Vyjádření třídního učitele (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy:

Příloha: Rozpis individuálního vzdělávacího plánu dle předmětů

Na vědomí: žák, třídní učitel, studijní oddělení