



**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](mailto:zdravotnickaskola@centrum.cz) web: [www.zdravotnickaskola5kvetna.cz](http://www.zdravotnickaskola5kvetna.cz)**

## **Žádost o opakování ročníku zdejší školy**

**Č.j.: SOs - .....**

**Jméno a příjmení žáka, dat.nar.:.....**

**O opakování ročníku žádám ve školním roce: .....**

**Z oboru, třídy, formy vzděl.: .....**

**Jméno tř. učitele + vyjádření tř. učitele: .....**

.....

.....

**O opakování ročníku žádám na školní rok: .....**

**Důvody žádosti:**

.....

.....

**Kontaktní adresa, včetně PSČ: .....**

**Telefon, e-mail: .....**

**Rodné číslo: .....**

**Kód a název zdravotní pojišťovny: .....**

**Pokračování v cizím jazyku (AJ, NJ): .....**

**Datum: .....**

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

**Stanovisko ředitelky školy:**

--