



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 uznání dosaženého vzdělání

Č.j.: SOs - _____

Jméno a příjmení žáka, dat. nar.:

Obor, třída, forma vzděl.:

Třídní učitel:

Kontaktní adresa, PSČ:

Předmět	Datum vykonání	Hodnocení	Souhlas vyučujícího	Podpis vyučujícího
			ano – ne	
			ano – ne	
			ano – ne	
			ano – ne	
			ano – ne	

Důvody pro uznání zkoušky (vyplní žák a přiloží ověřenou kopii dokladu o dosaženém vzdělání):

.....
.....
.....

Datum:

.....
podpis žáka

Vyjádření vyučujícího předmětu a zdůvodnění v případě nesouhlasu (datum, podpis):

Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy:

Příloha: Ověřená kopie dokladu o dosaženém vzdělání

Na vědomí: žák, třídní učitel, studijní oddělení