



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 změnu oboru vzdělávání v rámci školy
Č.j.: SOs - _____

Jméno a příjmení žáka, dat. nar:

Obor, třída, forma vzděl.:,.....

Třídní učitel:

z oboru:

na obor:

od data:

Důvody žádosti:

.....

Kontaktní adresa, PSČ:

.....

Datum:

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

Vyjádření třídního učitele (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy:

Na vědomí: třídní učitelé, vedoucí oborů, studijní oddělení