



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.: SOv -

Jméno a příjmení studenta, dat. nar.:

Kontaktní adresa, PSČ :

Obor, stud.skup., forma vzděl.:

Vedoucí stud.skup.:

Školní rok:

Období:

(zimní nebo letní – žádá se na každé zvlášť)

Důvody žádosti (vyplní student):

.....
.....

Datum:

.....
podpis studenta

Vyjádření vedoucího studijní skupiny (datum, podpis):

Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy:

Příloha: Rozpis individuálního vzdělávacího plánu dle předmětů

Na vědomí: student, vedoucí studijní skupiny, studijní oddělení