



**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 přerušení vzdělávání**

**Č.j.: SOv - .....**

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

**Kontaktní adresa, PSČ:**

**Obor, stud.skup., forma vzděl.:**

**Vedoucí stud.skup.:**

**Žádám o (1. nebo 2.): ..... přerušení, a to od:..... do: .....**

**(v případě opakování) s opakováním (zimního nebo letního): ..... období.**

**Důvody žádosti (vyplní student):**

Datum: .....

.....  
podpis studenta

---

**Vyjádření vedoucího stud. skup. (datum, podpis):**

---

**Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):**

**Stanovisko ředitelky školy:**

Na vědomí: vedoucí studijní skupiny, vedoucí oboru, studijní oddělení