



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 přestup na zdejší školu

Č.j.: SOv -

Jméno a příjmení studenta, dat. nar.:

Ze školy:

Z oboru, ročníku, formy vzděl.:

Do oboru, ročníku, formy vzděl.:

O přestup žádám ke dni:

(datum nástupu na naši školu)

Důvody žádosti:

.....
.....

Kontaktní adresa, včetně PSČ:

.....

Telefon, e-mail:

Rodné číslo:

Kód a název zdravotní pojišťovny:

Pokračování v cizím jazyku (AJ, NJ):

Datum:

.....
podpis studenta

Stanovisko ředitelky školy:

Přílohy: Souhlas s přestupem, Doklad o uzavření období

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