



**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 prodloužení zkouškového období**

**Č.j.: SOv - .....**

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

**Kontaktní adresa, PSČ:** .....

**Obor, stud.skup., forma vzděl.:** .....

**Vedoucí stud.skup.:** .....

**Školní rok:** ..... **Období:** ..... **Prodloužení do:** .....

**1. opravný termín:** ..... **2. opravný termín:** .....

**Důvody žádosti (1.,2. opravná zkouška, nemoc, jiné závažné důvody – vyplní student):**

.....

**Datum:** .....

.....  
*podpis studenta*

\_\_\_\_\_  
**Vyjádření vedoucího studijní skupiny (datum, podpis):**

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

**Stanovisko ředitelky školy:**