



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 zanechání vzdělávání

Č.j.: SOv - _____

Jméno a příjmení studenta, dat. nar:

Obor, stud.skup., forma vzděl.:

Vedoucí stud.skup.:

O zanechání vzdělávání žádám ke dni:

(datum zanechání vzdělávání na naší škole)

Důvody žádosti (vyplní student):

.....
.....

Kontaktní adresa, PSČ:

Datum:

.....
podpis studenta

Vyjádření vedoucího studijní skupiny (datum, podpis):

Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy:

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