



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 změnu formy vzdělávání v rámci školy
(z denní na dálkovou a naopak)
Č.j.: SOv - _____

Jméno a příjmení studenta, dat.nar.:

Obor, studijní skupina, forma vzděl.:

Vedoucí stud. skup.:

z formy vzdělávání:

na formu vzdělávání:

od data:

zařazení do studijní skupiny:

Důvody žádosti (vyplní student):

.

Kontaktní adresa, PSČ:

Datum:

.....
podpis studenta

Vyjádření vedoucího studijní skupiny (datum, podpis):

Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy: