



Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola  
Praha 4, 5. května 200/51, IČO: 00638722  
tel.: 244 105 001  
e-mail: [sekretariat@szs5kvetna.cz](mailto:sekretariat@szs5kvetna.cz) web: [www.zdravotnickaskola5kvetna.cz](http://www.zdravotnickaskola5kvetna.cz)

## Žádost o opakování ročníku zdejší školy

Č.j.: SOs - .....

Jméno a příjmení žáka, dat. nar.:.....

O opakování ročníku žádám ve školním roce: .....

Z oboru, třídy, formy vzděl.: .....

Jméno tř. učitele + vyjádření tř. učitele: .....

.....

.....

O opakování ročníku žádám na školní rok: .....

Důvody žádosti:

.....

.....

Kontaktní adresa, včetně PSČ: .....

Telefon, e-mail: .....

Rodné číslo: .....

Kód a název zdravotní pojišťovny: .....

Pokračování v cizím jazyku (AJ, NJ): .....

Datum: .....

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

Stanovisko ředitelky školy:

----------------------