



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 web: www.zdravotnickaskola5kvetna.cz

Žádost o plán pedagogické podpory

Jméno a příjmení žáka, dat. nar.:

Kontaktní adresa, PSČ:

Obor, třída, forma vzděl.:

Třídní učitel:

Školní rok: **Od:**

Důvody žádosti:

.....

.....

Datum:

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

Vyjádření třídního učitele (zhodnocení docházky, prospěchu – nutno do 3,00) (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy:

Příloha: Lékařské potvrzení, potvrzení sportovního klubu (s rozpisem jednotlivých soutěží pro daný sport + vyjádření klubu, v jaké úrovni soutěže student daný klub reprezentuje)

Na vědomí: žák, třídní učitel, výchovná poradkyně