

Název a adresa školy: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 5. května 200/51, Praha 4 – Nusle, 140 00

POTVRZENÍ O STUDIU

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Místo:

Adresa trvalého bydliště:

Doručovací adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště)

Je ve školním roce /

studentem(kou) třídy.

Studentovi/ce bylo přiznáno
stipendium ve výši *(vypište slovy)*

Kč měsíčně.

Toto potvrzení se
vydává jako doklad pro:

V

Dne

razítko školy, podpis