



Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola
Praha 4, 5. května 200/51, IČO: 00638722, DIČ: CZ00638722
tel.: 244 105 001
e-mail: sekretariat@szs5kvetna.cz web: www.zdravotnickaskola5kvetna.cz

Žádost o prodloužení zkouškového období

Č.j.: SOv -

Jméno a příjmení studenta, dat. nar.:

Kontaktní adresa, PSČ:

Obor, stud. skup., forma vzděl.:

Vedoucí stud. skup.:

Školní rok: **Období:** **Prodloužení do:**

1. opravný termín: **2. opravný termín:**

Důvody žádosti (1., 2. opravná zkouška, nemoc, jiné závažné důvody – vyplní student):

.....

Datum:

.....
podpis studenta

Vyjádření vedoucího studijní skupiny (datum, podpis):

Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):

Stanovisko ředitelky školy: