

Žádost o ukončení studia

Žádám o ukončení studia na Střední zdravotnické škole, Hranice, Nová 1820, 753 01 Hranice.

Jméno a příjmení :Telefon :.....

Zákonný zástupce :Telefon :.....

Datum narození: Bydliště:

Studijní obor: Třída:

Důvod ukončení studia :

Datum podání žádosti :

.....

Podpis studenta/tky

.....

Podpis zákonného zástupce

Vyjádření třídního učitele:

Student/ka odevzdal/a:

Ochranné oděvy : ano - ne

Klíč od šatní skříňky: ano - ne

Učebnice: ano - ne

Podpis třídního učitele:

Datum: