

Žádost o umožnění vykonání odborné praxe mimo smluvní zařízení SZŠ Hranice
– tj. Nemocnice Hranice, a.s. a Nemocnice AGEL Přerov

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Adresa žáka: _____

Kód a název obor: _____

Třída: _____

Místo vykonání odborné praxe, odůvodnění žádosti:

V _____ dne _____

podpis žáka

podpis zákonného zástupce

Rozhodnutí ředitele školy:

V Hranicích dne _____

podpis ředitele školy