Střední zdravotnická škola, Děčín,

Čsl. mládeže, příspěvková organizace

**Žádost o opakování ročníku**

Jméno a příjmení žáka : .............................................................................................................

Místo trvalého pobytu : .............................................................................................................

.............................................................................. Datum narození : ........................................

Telefon, e-mail : .........................................................................................................................

opakování ročníku: .................................... ve školním roce : ..................................................

oboru, formy vzdělávání : .........................................................................................................

..................................................................... pokračování v cizím jazyku : ..............................

Důvod žádosti ...........................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

**Zákonný zástupce dítěte\*:**

Jméno a příjmení : ....................................................................................................................

Místo trvalého pobytu : .............................................................................................................

Telefon, e-mail : ........................................................................................................................

*\* vyplní se v případě žádosti pro nezletilého studenta - studenti studia při zaměstnání nevyplňují*

V ............................... dne .........................

............................................................ ............................................................

 podpis žáka podpis zákonného zástupce

|  |
| --- |
| Stanovisko ředitele školy: |