



Žádost o přestup z jiné vyšší odborné zdravotnické školy

Jméno a příjmení studenta:.....

Datum narození: Rodné číslo:.....

Státní občanství:.....Místo narození:.....

Kontaktní adresa, PSČ:.....

Telefonní číslo:.....E-mail:.....

Žádám o přestup

ze školy:

ročníku:, oboru:

na školu: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Žďár nad Sázavou,
Dvořákova 4, 591 01 Žďár nad Sázavou

do..... ročníku, forma vzdělávání:.....oboru:.....

cizí jazyk:.....

Termín zahájení studia

Odůvodnění žádosti:

.....
.....

Přílohy žádosti:

1.

2.

Datum:.....

Podpis studenta:.....