

Střední zdravotnická škola, Frýdek-Místek, příspěvková organizace

Žádost o náhradu praktického vyučování – souvislé praxe

Žadatel:

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Telefon:	
Třída:	
Obor:	

Žádám o náhradu praxe za dny:

Důvod absence:

Frýdek-Místek dne

Podpis:

Ředitel školy vzal Vaši žádost na vědomí a vyhověl / nevyhověl jí. Náhrada praxe proběhne ve dnech:

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

Datum:

Mgr. Jiří Gajda, ředitel

Žadatel byl seznámen dne a vzal termíny náhrady praxe na vědomí.

Datum:

Podpis: