

Žádost o prodloužení klasifikace

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Bydliště žáka:

Třída:

Obor:

Zákonný zástupce:

Bydliště zákonného zástupce:

Tel. kontakt:

Email:

Datová schránka:

Žádám o prodloužení klasifikace na Střední zdravotnické škole, Frýdek-Místek, p. o.,
tř. T. G. Masaryka 451, 738 01 Frýdek-Místek

- **důvod žádosti:**

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

Vedne.....