

Žádost o opakování ročníku

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Bydliště žáka:

Zákonný zástupce:

Bydliště zákonného zástupce:

Tel. kontakt:

Email:

Datová schránka:

Žádost o opakování ročníku

oboru kód

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

Důvod žádosti:

Nedostatečný prospěch z

vepololetí školního roku

.....

podpis žáka

.....

podpis zákonného zástupce

Vedne.....