



Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická  
Nymburk, Soudní 20

## Žádost o přestup

Jméno a příjmení studenta: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Bydliště studenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V souladu s ustanovením § 66 odst. 4 zákona 561/2004 Sb. o předškolním , základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ( školský zákon v platném znění ) **žádám o přestup :**

ze školy \_\_\_\_\_

obor vzdělání \_\_\_\_\_ ročník \_\_\_\_\_

na Střední zdravotnickou školu a Vyšší odbornou školu zdravotnickou, Nymburk, Soudní 20

obor vzdělání \_\_\_\_\_ ročník \_\_\_\_\_

ke dni \_\_\_\_\_

Důvod: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_.