

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



Žádost o zanechání studia

Jméno a příjmení studenta: _____

Datum narození: _____

Bydliště studenta: _____

Třída a obor _____

Ke dni _____

Důvod: _____

Zákonný zástupce nezletilého studenta: _____

Podpis: _____

Souhlasné stanovisko studenta _____ podpis: _____

V _____ dne _____