

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

Žádost o opakování ročníku

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Bydliště žáka: _____

Třída a obor _____

Žádám o opakování _____ ročníku ve školním roce _____

Zákonný zástupce nezletilého žáka: _____

Podpis: _____

Podpis žáka: _____

V _____ dne _____