

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

Žádost o přestup

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Bydliště žáka: _____

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: _____

Zákonný zástupce nezletilého žáka: _____

Podpis: _____

Souhlasné stanovisko žáka _____ podpis: _____

V _____ dne _____.