

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

Žádost o změnu oboru vzdělání

Jméno a příjmení studenta _____

Datum narození: _____

Bydliště studenta _____

V souladu s ustanovením § 97 odst. 4 zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon v platném znění) **žádám o změnu oboru vzdělání:**

ze školy _____

obor vzdělání _____ ročník _____

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

obor vzdělání _____ ročník _____

ke dni _____

Důvod: _____

Souhlasné stanovisko studenta: _____ podpis: _____

V _____ dne _____.