

Střední zdravotnická škola, Karviná, p. o.  
Borovského 2315/1  
734 01 Karviná-Mizerov

## Žádost o opakování ročníku

Žadatel (žák)

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Třída: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Bydliště: .....

Kontakt (tel., e-mail): .....

Žádám o možnost opakovat ..... ročník oboru vzdělávání .....

z důvodu .....

.....

V ..... dne .....

Podpis žáka/žákyně: .....

Zákonného zástupce: .....

Vyjádření ředitelky školy:

Vaši žádosti vyhovují/nevyhovují (viz rozhodnutí).

Dne .....

.....  
Mgr. Jana Brych  
ředitelka školy

ŘF č. 10/00 Žádost o opakování ročníku