

# Žádost

## Žádost podává

(zák. zástupce, zletilý žák)

Jméno a příjmení :

Místo trvalého pobytu : (adresa pro doručování)

## Účastník řízení

(nezletilý žák, zletilý žák)

Jméno a příjmení :

Datum narození :

Třída:

Místo trvalého pobytu :  
(adresa pro doručování)

## Žádost je určena

Střední zdravotnické školy a vyšší odborné školy zdravotnické Karlovy Vary,  
Poděbradská 2, 360 01

## Předmět žádosti:

Datum a podpis nezletilého žáka:

Datum a podpis žadatele:  
(zák.zástupce,zletilý žák)

Vyjádření třídního učitele:

