

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 škole a vyšší odborné škole zdravotnické Karlovy Vary,
Poděbradská 2, 360 01 Karlovy Vary

Předmět žádosti:

Datum a podpis nezletilého žáka:

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

Vyjádření třídního učitele: