

Žádost o opakování ročníku

Střední pedagogická škola a
Střední zdravotnická škola
svaté Anežky České
1. máje 249/37
742 35 Odry

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

žáka/žákyně

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

žádá o opakování: ____ . ročníku

studijního oboru: _____

ve školním roce: _____

z důvodu _____

V _____ dne _____

_____ podpis zákonného zástupce

Podpis žáka: