

Žádost o přestup ke studiu

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

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

uchazeče o přestup

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

žádá o přestup ke studiu ke dni _____

do studijního oboru: _____

ročník: _____

Název a adresa stávající střední školy:

V _____ dne _____
_____ podpis zákonného zástupce

Podpis žáka:

E-mail zákonného zástupce:	Telefonní číslo:	
E-mail žáka:	Telefonní číslo žáka:	Zdravotní pojišťovna:

K žádosti o přestup přiložte:

- kopii vysvědčení za 8. a 9. ročník základní školy
- kopii vysvědčení ze stávající střední školy
- lékařský posudek o zdravotní způsobilosti ke studiu zvoleného oboru