

Žádost o přijetí ke studiu po přerušení

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 přijetí ke studiu ode dne _____

studijní obor: _____

Studium přerušeno od: _____

V _____ dne _____

_____ podpis zákonného zástupce

Podpis žáka: