**OZNÁMENÍ O ZANECHÁNÍ VZDĚLÁVÁNÍ**

**ve Střední zdravotnické škole Kroměříž**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žáka/ žákyně |  |
| Bydliště |  |
| Datum narození |  |
| Stávající obor a forma vzdělávání |  |
| Stávající ročník studia, třída  třídní učitel |  |
| Datum, k němuž žák hodlá zanechat  vzdělávání\* |  |
| Poznámka: |  |

\* Pokud nebude v žádosti uvedeno pozdější datum, je vzdělávání zanecháno dnem následujícím po dni

doručení této žádosti.

V ……………………………. Dne ……………………………

………………………………. …………………………………. …………………………………

podpis zletilého žáka jméno a podpis zákon. zástupce souhlas nezletilého žáka

Kontaktní údaje:

na zletilého žáka na zákonného zástupce na nezletilého žáka

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tel: | tel: | tel: |
| e-mail: | e-mail: | e-mail: |