**ŽÁDOST O ZMĚNU OBORU VZDĚLÁVÁNÍ**

**v rámci Střední zdravotnické školy Kroměříž**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žáka/žákyně |  |
| Bydliště |  |
| Datum narození |  |
| Stávající obor a forma vzdělávání |  |
| Stávající ročník studia, třída,  třídní učitel |  |
| Cizí jazyk,  který žák aktuálně studuje |  |
| Požadovaný obor a forma vzdělávání |  |
| Požadovaný ročník studia |  |
| Odůvodnění 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: |