Církevní střední zdravotnická škola s.r.o.
Grohova 14/16, 602 00 Brno, tel.: 541 246 863, e-mail: skola@grohova.cz

ŽÁDOST O ZMĚNU OBORU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení žáka: .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

Zákonný zástupce: .....

(trvalé bydliště uveďte, je-li odlišné od bydliště žáka)

Adresa pro jiné místo doručování: .....

Žádám o změnu oboru vzdělání z

.....

(ročník a obor vzdělávání, který žák studuje ke dni podání žádosti)

na obor: .....

ročník: .....

termín zahájení studia: .....

Odůvodnění:

.....

.....

.....

Přílohy:

.....

.....

V ..... dne .....

Podpis žáka: .....

Podpis zák. zástupce: ..... tel: .....

e-mail: .....