



**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: