

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk,
Soudní 20

Žádost o zanechání studia

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Bydliště žáka: _____

Třída a obor _____

Ke dni _____

Důvod: _____

Číslo účtu pro případné vrácení zůstatku z fondu žáka _____

Zákonný zástupce nezletilého žáka: _____

Podpis: _____

Souhlasné stanovisko žáka _____ podpis: _____

V _____ dne _____