

ODVOLÁNÍ PROTI ROZHODNUTÍ O NEPŘIJETÍ

Jméno a příjmení uchazeče:

Datum narození uchazeče:

Místo trvalého pobytu uchazeče:

Jméno a příjmení

zákonného zástupce uchazeče:

Místo trvalého pobytu

zákonného zástupce uchazeče:

Odvolávám se proti rozhodnutí o nepřijetí ke vzdělávání mé dcery/mého syna ve Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické Havlíčkův Brod,

do 1. ročníku oboru vzdělávání,
(uveďte kód a název oboru)

denní formy vzdělávání.

V, dne

.....
(podpis uchazeče)

.....
(podpis zákonného zástupce nezletilého uchazeče)