



Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická
Havlíčkův Brod

Masarykova 2033, 580 02 Havlíčkův Brod

SDĚLENÍ O ZANECHÁNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Bydliště žáka:

Obor vzdělání: třída

Zákonný zástupce:

Bydliště zákonného zástupce žáka:

**Sdělují, že zanechávám vzdělávání na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole
zdravotnické Havlíčkův Brod**

ode dne

z důvodu:

V.....dne:

.....

podpis žáka

Se sdělením o zanechání vzdělávání souhlasím

.....

podpis zákonného zástupce