

## Potvrzení o studiu

Potvrzujeme tímto, že .....

narozen (a) ..... v .....

bydliště: .....

je ve školním roce ..... žákem ..... ročníku  
denního studia AGEL Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické s.r.o.

Potvrzení se vydává na žádost jmenované (ho).

V ..... dne ..... Razítko a podpis .....