

Žádost o vyřízení záležitosti týkající se:

.....

(Stručně pojmenovat obsah aktuální záležitosti)

Jméno a příjmení žáka:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon / e-mail:

Třída: Třídní učitel:

Blíže k věci, včetně odůvodnění:

.....

.....

.....

.....

.....

V dne

Podpis zletilého žáka nebo podpis zákonného zástupce:

Stanovisko třídního učitele:

.....

.....

.....

Stanovisko ředitelky školy:

.....

.....

.....

Podpis ředitelky školy:

AGEL Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická s.r.o.
Antošovická 107/55, 711 00 Ostrava-Koblov, +420 720 967 901, info@szs.agel.cz, szs.agel.czSpolečnost zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl C, vložka 58092
IČO: 02560739
Bankovní spojení: Raiffeisenbank, a.s., číslo účtu: 5070011410/5500