

PŘIHLÁŠKA KE VZDĚLÁVÁNÍ

Vyšší odborná škola

Forma vzdělávání – denní, večerní, dálková, distanční, kombinovaná¹⁾

A Vyplní uchazeč

Příjmení a jméno uchazeče		
Datum, místo narození a stát		
Rodné číslo		Státní občanství
Adresa trvalého pobytu, telefon, email		ZPS ano ¹⁾ ne ¹⁾
Příjmení, jméno a adresa uchazeče nebo osoby (pro zaslání výsledků přijímacího řízení), pokud se nezasílá na adresu trvalého bydliště		Telefon, email
Název a adresa vyšší odborné školy Vyšší odborná škola zdravotnická BÍLÁ VLOČKA s. r. o. Lannova tř. 1595/29a 370 01 České Budějovice		
Obor vzdělání (kód a název) do kterého se uchazeč hlásí		
Vzdělávací program (kód a název)		
V	Dne	Podpis uchazeče

Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání

Podle § 94 odst. 4 školského zákona (Zákon č. 561/2004 Sb.). Vyplňuje se pouze v případě, že se jedná o obor vzdělání, pro který je tento posudek nezbytný. Informaci o jeho potřebnosti podá ředitel školy

Datum _____

Razítko a podpis lékaře

Vysvětlivky

¹⁾ Nehodící se škrtněte

