

Střední zdravotnická škola, Karviná, p. o.
Borovského 2315/1
734 01 Karviná-Mizerov

Žádost o vydání duplikátu

Žadatel (žák)

Jméno a příjmení (v době studia):

Datum narození: Místo narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Bydliště:

Kontakt (tel., e-mail):

Žádám o vydání duplikátu ročníkového/maturitního vysvědčení za:

Školní rok:

Třída:

V dne

Podpis žáka/žákyně:

Zákonného zástupce: