

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

**Oznámení o zanechání vzdělávání**

Oznamuji, že ke dni ..... zanechávám vzdělávání na Střední zdravotnické škole v Karviné.

Jméno a příjmení ..... datum nar. ....

Adresa trvalého pobytu .....

Zákonný zástupce:.....

Podpis.....

V Karviné .....

Podpis .....