

Žádost o opakování ročníku

Jméno a příjmení studenta	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Studijní skupina	
Rok/období studia	

Žádám tímto o opakování ročníku.

Odůvodnění žádosti:

.....

Datum a podpis studenta:

Vyjádření vedoucí VOŠZ: *s c h v a l u j i / n e s c h v a l u j i **

Žádost schválena od:

Datum: podpis vedoucí VOŠZ:

Rozhodnutí ředitelky školy: *s c h v a l u j i / n e s c h v a l u j i **

Datum: podpis ředitelky: