**Žádost o opakování ročníku v jiném oboru**

**Jméno a příjmení žáka:**………………………………………………..

**Datum narození:**………………....................

**Trvalé bydliště:**…………………………………………………………………………………

**Zákonný zástupce, rodič:**……………………………..........**Datum narození:**…………….…

……………………………………………………………………………………………………

 (trvalé bydliště zákonného zástupce se uvede pouze, je-li odlišné od bydliště žáka)

**Adresa pro jiné místo doručování**:……………………………………………………………

**Adresát žádosti:** Střední odborná škola energetická a stavební, Obchodní akademie a Střední zdravotnická škola, Chomutov, příspěvková organizace, Mgr. Jan Mareš, MBA, ředitel školy

**Žádám o opakování ………..ročníku**

**oboru**………………………………………………………………

 (obor vzdělání, který žák studuje ke dni podání žádosti)

**v oboru**……………………………………………………………

 (obor vzdělání, který žák chce studovat)

**na** Střední odborné škole energetické a stavební, Obchodní akademii a Střední zdravotnické škole, Chomutov, příspěvkové organizaci,

**Odůvodnění žádosti:**

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**Přílohy žádosti:**

1. ……………………………………………………

2. ……………………………………………………

V Chomutově dne…………………………..

Podpis žadatele: ………………………................... tel.: ………………………………………

 e-mail/ID DS: …………………………...

Podpis zákonného zástupce: ……………………… tel.: ………………………………….…...

 e-mail/ID DS: …………………………...

**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání**

**Jméno a příjmení:……………………………………………………………**

**Datum narození:……………………………………………………………..**

**Pro obor:………………………………………………………………….…..**

Ve Střední odborné škole energetické a stavební, Obchodní akademii a Střední zdravotnické škole, Chomutov, příspěvková organizace.

\* schopen/a neschopen/a studia a výkonu povolání

 ……………………………. …………………………….…

datum razítko a podpis lékaře

\*nehodící se škrtněte