**Žádost o přestup**

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

**Datum narození:**………………........................ **Rodné číslo:**………………............................

**Zdravotní pojišťovna:**………………............... **Místo 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 přestup z**

………………………………………………………………………………………………

(název, adresa, ročník a obor vzdělávání školy, kterou žák studuje ke dni podání žádosti)

**do** Střední odborné školy energetické a stavební, Obchodní akademie a Střední zdravotnické školy, Chomutov, příspěvkové organizace

**obor:**………………………………………………………………

**ročník:**……………..

**termín zahájení studia:**……………………

**Odůvodnění 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