**Žádost o přijetí ke vzdělávání**

**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

**Předchozí vzdělání žáka:**

……………………………………………………………………………………………

(škola, obor a počet ukončených ročníků předchozího vzdělávání ke dni podání žádosti)

**Žádám o přijetí ke vzdělávání**

**na** Střední odbornou školu energetickou a stavební, Obchodní akademii a Střední zdravotnickou školu, Chomutov, příspěvkovou organizaci

**obor:**………………………………………………………………

**ročník:**……………..

**cizí jazyk:**………………………………………….

(žák zvolí anglický, nebo německý jazyk)

**termín zahájení studia:**……………………

**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