**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, Ing. Lenka Demjanová, ředitelka 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:** …………….

**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 vzdělávání**

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

**Datum narození: …………………………………**

**Trvale bytem: …………………………………………………………………………**

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

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

Na Průhoně 4800, 430 03 Chomutov, IČ: 41324641

\* schopen/a neschopen/a

……………………………. …………………………….…

datum razítko a podpis lékaře

\*nehodící se škrtněte