

Žádost o opakování ročníku

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

Žádám tímto o opakování ročníku.

Odůvodnění žádosti:

.....

Datum a podpis studenta:

Vyjádření vedoucí VOŠZ: *schvaluji* / *neschvaluji* *

Změna formy studia schválena od:

Datum: podpis vedoucí VOŠZ:

Rozhodnutí ředitelky školy: *schvaluji* / *neschvaluji* *

Datum: podpis ředitelky: