|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PŘIHLÁŠKA KE STUDIU NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE  a  VYŠŠÍ ODBORNÉ ŠKOLE ZDRAVOTNICKÉ v LIBERCI, p. o. | | | | | | | |
| I. oddíl | | | | | | | |
| SZŠ a VOŠ zdr. | **Název oboru a kód oboru vzdělávání: Diplomovaná všeobecná sestra 53-41-N/11**  **Forma vzdělávání DENNÍ**  **Předchozí vzdělání**  **středoškolské s maturitou** | | | | | | **Termín zkoušky:** |
| Uveďte název školy (s adresou školy) a kód oboru předcházejícího vzdělání: | | | | | | | **Jazyk na původní škole:**  Zvolte položku. |
| IZO školy předcházejícího vzdělávání: | | | | | | | |
| Kód oboru předchozího vzdělávání: | | | | | | | |
| Příjmení: | | | | **Zdravotní pojišťovna:** | | | **Rodné číslo:** |
| Jméno/a: | | | | **Číslo OP:** | | | **Datum narození:** |
| Místo narození: | | | | **Okres narození:** | | | **Státní příslušnost:** |
| Trvalé bydliště: | | **Ulice a čís. popisné:** | | | | | |
| **PSČ:** | | | **Město:** | | |
| **Okres** | | | **Kraj:** | | |
| Telefon: | | | | | **e-mail:** | | |
| Mobil: | | | | |
| Kontaktní adresa (uvede se adresa pro doručování písemností v případě, že není shodná s adresou trvalého bydliště): | | | | | | | |
| Příbuzenský vztah | | | **Zákonný zástupce 1** | | **Zákonný zástupce 2** | | |
| Jméno a příjmení: | | |  | |  | | |
| Telefon / mobil: | | |  | |  | | |
| e-mail: | | |  | |  | | |
| Bydliště (ulice a čís. pop., město vč. PSČ): | | |  | |  | | |
| Povolání: | | |  | |  | | |
| Termíny – data očkování proti hepatitidě typu B (opište z očkovacího kalendáře): | | | | | | | |
| 1. dávka očkování: | | | 2. dávka očkování: | | 3. dávka očkování: | | |
| Očkování provedl: | | | | | | | |
| Potvrzení od lékaře o zdravotní způsobilosti žáka/studenta ke studiu (posudkový závěr pro obor vzdělání – uvede se jen kód): | | | | | | **ev.č.:** | |
| Poučení: Návrh na přezkoumání lékařského posudku lze podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání podle § 46 odst. 1 zákona č. 3/2011 Sb.  Poznámka: předkládá se podle § 60 odst. 15 školského zákona (č. 561/2004 Sb.). Lékařský posudek pro přijetí ke vzdělávání se uvádí jen u oborů vzdělávání, kde je stanoveno zdravotní omezení nařízením vlády č. 211/2010 Sb. Předkládá se podle § 16 odst.. 1 písm. c) vyhlášky o pracovně lékařských službách a některých druzích posudkové péče (vyhláška č. 79/2003 Sb.). Rozsáhlejší posudkový závěr lze uvést do přílohy přihlášky.  Datum: Razítko a podpis lékaře: | | | | | | | |

Poznámky:

V případě, že se hlásíte na vyšší odbornou školu a předchozí vzdělání je střední ukončené maturitní zkouškou, vyplňte 1. oddíl a pokračujte ve vyplňování **2. oddílem**. Následně 1. a 2. oddíl vytiskněte, nechte potvrdit školou a lékařem a doručte je na SZŠ a VOŠ zdr. Liberec (poštou nebo osobně).

Po vyplnění příslušných oddílů přihlášku odešlete nebo osobně dodejte na adresu: SZŠ a VOŠ zdr. Liberec, p.o.

Kostelní 9

Liberec 2 46031

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PŘIHLÁŠKA KE STUDIU NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE a VYŠŠÍ ODBORNÉ ŠKOLÉ ZDRAVOTNICKÉ v LIBERCI, p. o. | | | |
| II. oddíl – vyplní škola nebo uchazeč se středním vzděláním ukončeným maturitní zkouškou, hlásící se na Vyšší odbornou školu | | | |
| Název předmětu | **Ročník:** | | **Záznamy o zapojení uchazeče do zájmových aktivit** (do zdravotnického kroužku, účast na olympiádách atd.): |
| **1. pol. 4. ročníku** | **Maturitní zkouška** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | **Potvrzení správnosti údajů o prospěchu uchazeče:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | **Razítko a podpis ředitele/ky školy:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | **Datum a podpis uchazeče:** |
|  |  |  |
| Průměrný prospěch všech předmětů je jednotlivé ročníky (nezapočítává se známka z chování) zaokrouhleno na 2 desetinná místa |  |  |
| Datum konání maturitní zkoušky: | |  | |