|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PŘIHLÁŠKA KE STUDIU NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE**  **a**  **VYŠŠÍ ODBORNÉ ŠKOLE ZDRAVOTNICKÉ v LIBERCI, p. o.** | | | | | |
| I. oddíl | | | | | |
| **SZŠ a VOŠ zdr. Liberec** | **Název oboru a kód oboru vzdělávání: vyberte pouze jednu možnost**  **Diplomovaná všeobecná sestra 53-41-N/11**  **Diplomovaná dětská sestra 53-41-N/51**  **Diplomovaný zdravotní laborant 53-43-N/21**  **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:**  **ANJ**    **NEJ** |
| **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:** |
| **Mobil:** | | | | | **e-mail:** |
| **Datová schránka:** | | | | |
| **Kontaktní adresa (uvede se adresa pro doručování písemností v případě, že není shodná s adresou trvalého bydliště):** | | | | | |
| **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.:** |
| Podle § 94 odst. 4 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.).  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.  **Datum: Razítko a podpis lékaře:** | | | | | |

Poznámky:

V případě, že se hlásíte na vyšší odbornou školu a předchozí vzdělání zatím nemáte 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).

V případě, že máte ukončené středoškolské vzdělání maturitní zkouškou v II. oddíle vyplňte pouze datum a podpis uchazeče a jako přílohu k přihlášce přidejte ověřenou kopii vysvědčení za 4. ročník a ověřenou kopii maturitního vysvědčení, ev. doplňte v II. Oddíle záznamy o zapojení uchazeče do zájmových aktivit.

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

Stud. odd. VOŠ

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 | | |
| Předmět: | **1. pol.**  **4. ročníku** | **Záznamy o zapojení uchazeče do zájmových**  **aktivit (do zdravotnického kroužku, účast na**  **olympiádách atd.):** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | **Potvrzení správnosti údajů o prospěchu**  **uchazeče:** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | **Razítko a podpis ředitele/ky školy:** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  | **Datum a podpis uchazeče:** |
| Průměrný prospěch všech předmětů (nezapočítává se známka z chování) zaokrouhleno na 2 desetinná místa |  |  |
| Datum konání maturitní zkoušky: | | |