|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 53-41-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:**  **Datová schránka:** | | | | | **e-mail:** |
| **Kontaktní adresa (uvede se adresa pro doručování písemností v případě, že není shodná s adresou trvalého bydliště):** | | | | | |
| **Očkování proti hepatitidě typu B (opište z očkovacího kalendáře)** | | | | | |
| **Termíny očkování:** | | |  | |  |
| **Očkovací látka: Očkování provedl:** | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Závěr o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání** | | | |  |  | **Uchazeč JE NENÍ způsobilý ke studiu.** | | | pro obor vzdělání: | | | |  | | 53-41-N/11 | | 53-41-N/51 | 53-41-N/21 |  | | 4. Prognosticky závažná onemocnění omezující funkce horních nebo dolních končetin (poruchy hrubé i jemné motoriky) v případě, že je nezbytné postupovat podle § 67 odst. 2 věta druhá školského zákona. | | | | | | | **MÁ NEMÁ** | | 7a. Prognosticky závažná chronická onemocnění kůže a spojivek včetně onemocnění alergických, pokud při praktickém vyučování nelze vyloučit silné znečistění kůže nebo kontakt s alergizujícími látkami. | | | | | | | **MÁ NEMÁ** | | 8a. Prognosticky závažná chronická onemocnění dýchacích cest a plic včetně onemocnění alergických, pokud nelze při praktickém vyučování vyloučit dráždivé a alergizující látky, činnosti ve vysoce prašném prostředí | | | | | | | **MÁ NEMÁ** | | 9a. Přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování | | | | | | | **MÁ NEMÁ** | | 16. Prognosticky závažné poruchy mechanizmu imunity. | | | | | | | **MÁ NEMÁ** | | 23. Závažné duševní nemoci a poruchy chování. | | | | | | | **MÁ NEMÁ** | | Datum: |  | Razítko a podpis lékaře: | | | | | |   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. | | | | | |

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: | | |