

# PŘIHLÁŠKA

## ke studiu ve vyšší odborné škole

Prezentační razítko školy:

Škola:	Vyšší odborná škola a Střední škola automobilní, Zábřeh, U Dráhy 6		
Adresa:	U Dráhy 827/6, 789 01 Zábřeh		
Studijní obor: (kód a název)	23-45-N/02 Diagnostika silničních vozidel		
Druh studia <sup>1)</sup> :	denní	dálkové	
Studované cizí jazyky:			

Příjmení:
Jméno:
Rodné:

Státní příslušnost:
Rodinný stav:

Narození:	den:		Rodné číslo (u cizinců číslo pasu):	
	měsíc:			
	rok:			
	místo:			

Adresa trvalého bydliště:	ulice, číslo domu:
	místo, (obec), okres:
	PSČ, pošta:
	telefon:

Odkud se uchazeč hlásí: (ze školy, ze zaměstnání, z domácnosti, z vojenské služby aj.)	
Střední škola (absolvovaná nebo studovaná) <sup>2)</sup>	název:
	adresa:
	obor: (kód a název)

Zaměstnavatel:	název organizace:
	ulice, číslo domu:
	místo (obec), PSČ, pošta, okres:
	telefon:

<sup>1)</sup> nehodící se škrtněte

<sup>2)</sup> střední škola, na které bylo získáno úplné střední (odborné) vzdělání

Prospěch podle vysvědčení v jednotlivých ročnících střední školy						
Poř. č.	Předmět	Ročník				Maturita
		I <sup>3)</sup>	II <sup>3)</sup>	III <sup>3)</sup>	IV <sup>4)</sup>	
Průměrný prospěch ze všech předmětů za jednotlivé ročníky						
Datum maturitní zkoušky:						

Záznamy o zájmu uchazeče ve vztahu ke zvolenému oboru (odborné soutěže, zájmová činnost, popř. důležitá sdělení k průběhu studia na střední škole <sup>6)</sup>

Potvrzení správnosti údajů: <sup>5)</sup>

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

3) 2. pololetí  
4) 1. pololetí  
5) vyplní příslušná organizace (střední škola, zaměstnavatel)  
6) údaje lze rozvést na zvláštní příloze

Průběh zaměstnání	zaměstnavatel	pracovní zařazení	od - do

**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání**

Podle § 1 odst. 7 písm. f) vyhlášky č. 10/1997 Sb., o přijímání žáků a dalších uchazečů ke studiu ve středních školách zřizovaných státem se vyplňuje pouze v případě, že se jedná o studijní nebo učební obor, pro který je tento posudek nezbytný (informaci podá ředitelství VOŠ)

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

**Otec:**

Příjmení a jméno:

trvalé bydliště:

adresa  
zaměstnavatele:

telefon:

**Matka:**

Příjmení a jméno:

trvalé bydliště:

adresa  
zaměstnavatele

telefon:

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel(a) závažné skutečnosti.

Datum:

Podpis uchazeče: