STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, DĚČÍN, ČSL. MLÁDEŽE 5/9,
příspěvková organizace
Čsl. Mládeže 5/9, 405 02 Děčín IV- Podmokly

PŘIHLÁŠKA K MIMOŘÁDNÉMU TERMÍNU SPOLEČNÉ ČÁSTI MATURITNÍ ZKOUŠKY

Jméno	
Příjmení	
Třída	

V mimořádném termínu budu konat zkoušku (označ křížkem požadovanou variantu)**:**

☐ v náhradním termínu a dokládám potvrzení o onemocnění COVID-19 nebo nařízené karanténě v době konání řádného termínu

☐ v opravném termínu a mám doložené potvrzení o nařízené pracovní povinnosti a odpracování min. 160 hod krajským úřadem nebo dokládám potvrzení o dobrovolnické činnosti a odpracování min. 160 hod.

Přihlašuji se ke konání zkoušky z předmětu (označ křížkem):

☐ Český jazyk a literatura ☐ Matematika

☐ Anglický jazyk ☐ Německý jazyk

Datum …….. Podpis žáka/žákyně …….

Datum…… Podpis ředitelky školy ……

tel.: 412709351 e-mail: szsdecin@szsdecin.cz IČ: 00673781
www.szsdecin.cz