

ZGŁOSZENIE MIEJSCA PRAKTYKI NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH

Nazwa studiów podyplomowych: *Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna*

Imię i nazwisko słuchacza

nr albumu semestr studiów drugi/ trzeci*

Pełna nazwa zakładu/institucji, w której słuchacz studiów podyplomowych będzie odbywał praktykę:

.....
.....

Adres i telefon zakładu/institucji:

.....
.....

Termin odbycia praktyki:

Załącznik do zgłoszenia miejsca praktyki stanowi **program praktyki zatwierdzony** przez zakład/ instytucję (pieczęć i podpis dyrektora/ kierownika placówki), w której słuchacz będzie odbywał praktykę.

Potwierdzenie zakładu/institucji (pieczętka firmowa lub podpis oraz pieczętka imienna pracownika, opiekuna praktyki):



.....
data i podpis opiekuna praktyki

Wypełnia Uczelnia

Opiniuję pozytywnie/negatywnie*
miejsce odbycia praktyki

Zatwierdzam/nie zatwierdzam*
miejsce odbycia praktyki

.....
Kierownik studiów podyplomowych

.....
Dziekan

*niepotrzebne skreślić