

# Karta realizowanej praktyki studenckiej

TERAPIA ZAJĘCIOWA – studia stacjonarne II stopnia

## STUDENT:

1. Nazwisko i imię studenta: .....

2. Rok i semestr studiów, .....

3. Telefon / mali do kontaktu: .....

4. Kolejność praktyki, czas trwania praktyki .....

Data ..... Podpis studenta .....

\* \* \* \* \*

.....  
Pieczęć nagłówkowa placówki

## DANE dot. PLACÓWKI:

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka: \* .....

.....

2. Dyrektor/ Kierownik/ Właściciel w/w placówki (imię i nazwisko) .....

3. Praktyka będzie odbywana terminie: .....

4. Adres mail do placówki: .....

5. Opiekun praktyki (imię i nazwisko) .....

6. Potwierdzenie zgody opiekuna praktyki (podpis).....

7. Zgoda dyrekcji placówki na realizację w/w praktyki (podpis i pieczęć dyrektora) .....

.....

Data wyrażenia zgody:.....

Data złożenia karty w sekretariacie AKF.....

(uzupełnia sekretariat praktyk AKF)

Verte!

8. Krótka charakterystyka placówki\*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*\*nie dotyczy placówek z którymi Uczelnia zawarła stałe porozumienie w zakresie realizowania praktyk studenckich*