

Karta realizowanej praktyki studenckiej

TERAPIA ZAJĘCIOWA – studia stacjonarne I stopnia

STUDENT:

1. Nazwisko i imię studenta:
 2. Rok i semestr studiów, nr albumu
 3. Telefon / mail do kontaktu:
 4. Kolejność praktyki, czas trwania praktyki
- Data Podpis studenta

* * * * *

.....
Piecątka nagłówkowa placówki

DANE dot. PLACÓWKI:

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka: *
-
- NIP placówki.....
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 przez placówkę

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*