

Karta realizowanej praktyki studenckiej

TERAPIA ZAJĘCIOWA – studia stacjonarne II 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:.....

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*