



Karta organizacyjna praktyki pedagogicznej
studia podyplomowe

Imię i nazwisko słuchacza	
Kierunek studiów	
Opiekun praktyk z ramienia Uczelni	

Miejsce realizacji praktyki	nazwa, pieczęć firmowa:	
Termin odbywania praktyki	od:	do:
Opiekun praktyki z ramienia instytucji przyjmującej	imię i nazwisko:	stanowisko:
Potwierdzenie odbycia praktyki	data:	Podpis i pieczęć imienna Dyrektora Placówki

Zaliczenie praktyki	data:	Podpis i pieczęć Dziekana Wydziału
----------------------------	-------	---------------------------------------