

Wykaz Planowanych Działań Praktykantki/ta

Imię i nazwisko studenta/teki, numer albumu:

.....

Miejsce odbywania praktyki:

.....

Opis planowanych Działań Praktykantki/ta:

W trakcie przewidzianych czynności student/ka będzie / nie będzie* miał/a kontakt/u z nieletnimi.

.....

data, podpis studenta/teki

Decyzja Opiekunów Praktyk o zatwierdzeniu wykazu planowanych działań:

.....

data

.....

data

.....

podpis Opiekuna Praktyk w Uczelni

.....

podpis Opiekuna Praktyk w Zakładzie Pracy

* Niepotrzebne skreślić