

SKIEROWANIE

Miejsce praktyk (adres, telefon)

Osoba odpowiedzialna

Termin praktyk

od ilość godz. do

Uwagi

DYREKTOR
doc. WSG Przemysław Ziolkowski
podpis i pieczęć

Uwagi

ZALICZENIE PRAKTYK

pieczęć miejsca praktyk kierownik praktyk w miejscu ich odbywania Dyrektor Międzywydziałowego Studium Pedagogicznego WSG

Międzywydziałowe
Studium Pedagogiczne

Bydgoszcz, ul. Garbary 2, tel. 52 567 07 07, msp@byd.pl



DZIENNIK PRAKTYK

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Rok akademicki 20__ / 20__

Kierunek

REALIZACJA PRAKTYK

Miejsce odbywania praktyk (adres, telefon)

Data

Wykonane czynności

Podpis kierownika

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Data

Wykonane czynności

Podpis kierownika

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.