

POLICEALNA SZKOŁA CENTRUM NAUKI I BIZNESU „ŻAK”
W OLSZTYNIE

Nazwa Szkoły

Kierunek:

Semestr:

Rok szkolny/.....

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko

Nazwa i adres Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk: _____

KARTA PRAKTYK

data / ilość godzin	Przebieg praktyki
1.	
2.	
3.	
4.	

KARTA PRAKTYK

data / ilość godzin	Przebieg praktyki
5.	
6.	
7.	
8.	

KARTA PRAKTYK

data / ilość godzin	Przebieg praktyki
9.	
10.	
11.	
12.	

KARTA PRAKTYK

data / ilość godzin	Przebieg praktyki
13	
14.	
15.	
16.	

KARTA PRAKTYK

data / ilość godzin	Przebieg praktyki
17.	
18.	
19.	
20.	

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki słuchacza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ocena*:

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

*Ocena z praktyki:

*celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający