

**SZKOŁA POLICEALNA OPIEKI MEDYCZNEJ „ŻAK”
W OSTROŁĘCE**

Kierunek: _____

Semestr _____ **Rok szkolny** _____

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko

wymiar godzin

Nazwa Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk: _____

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

Ocena*): _____

Pieczeńć i podpis opiekuna praktyk

*) celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający

KARTA PRAKTYK

data	Przebieg praktyki
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

KARTA PRAKTYK

data	Przebieg praktyki
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

Opinia słuchacza o przebiegu praktyki*)

Pieczczę i podpis opiekuna praktyk

*) nie obowiązkowe