

**SZKOŁA POLICEALNA CENTRUM NAUKI I BIZNESU „ŻAK”
W OSTROŁĘCE**

Kierunek: _____

Semestr _____ , zakres praktyk _____

Rok szkolny _____ / _____

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko

wymiar godzin

Nazwa Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk: _____

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

Ocena*): _____

Pieczęć 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