**INSTYTUT PEDAGOGIKI**

**Załącznik dla Opiekuna B**

**MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYK ZAWODOWYCH PRZEZ STUDENTÓW**

KIERUNEK……………………………….ROK AKADEMICKI…………………………………

LICZBA GODZIN PRAKTYKI………………..………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Miejsce odbywania praktyki-dokładny adres placówki** | **Planowany termin realizacji praktyki** | **Nazwa firmy ubezpieczeniowej oraz numer polisy ubezpieczenia (OC i NNW)** | **Adres e-mail studenta i nr telefonu komórkowego** | **Podpis studenta** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Podpis opiekuna praktyk**