

KARTA PRAKTYK

Potwierdzam odbycie praktyk przez kandydata / kandydatów :

.....
(imię i nazwisko)

.....
(Adres)

.....
w RZ zawodowej / rodzinnym domu dziecka / placówce opiekuńczo – wychowawczej * :

.....
wg poniższego harmonogramu:

data	Ilość godzin	Podpis opiekuna
Razem:		

* Zaznaczyć właściwe