

Załącznik nr 1 – zgoda Dyrektora Szkoły na odbycie praktyki dydaktycznej przez studenta (studia niestacjonarne)

Miejscowość, data.....

.....
imię i nazwisko studenta
Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia

rok studiów.....

nr albumu.....

nr tel. kom.

Dyrektor Szkoły

W.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki dydaktycznej w szkole podstawowej/ praktyki dydaktycznej w szkole ponadpodstawowej* w okresie od.....do.....

podpis studenta

Zgoda Dyrektora Szkoły

(pieczętka imienna Dyrektora)

(pieczętka adresowa Szkoły)

Oświadczenie nauczyciela opiekuna praktykanta:

Wyrażam zgodę na nieodpłatną opiekę nad studentem podczas praktyki dydaktycznej.

czytelny podpis nauczyciela

Data:.....

*

wybrać właściwy rodzaj praktyki