

Kierunek:

Semestr:

Rok szkolny : 20... / 20...

Nr w dzienniku lekcyjnym

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko

Piecătka Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk: od ____ - ____-20__ do ____ - ____-20__

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

Ocena*): _____

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

Piecătka i podpis opiekuna praktyk

CNiB "Żak"

KARTA PRAKTYK

l.p	wymiar	Data	Przebieg praktyki	l.p	wymiar	Data	Przebieg praktyki
1	7 godzin		..... ..... ..... .....	16	7 godzin		..... ..... ..... .....
2	7 godzin		..... ..... ..... .....	17	7 godzin		..... ..... ..... .....
3	7 godzin		..... ..... ..... .....	18	7 godzin		..... ..... ..... .....
4	7 godzin		..... ..... ..... .....	19	7 godzin		..... ..... ..... .....
5	7 godzin		..... ..... ..... .....	20	7 godzin		..... ..... ..... .....
6	7 godzin		..... ..... ..... .....	21	7 godzin		..... ..... ..... .....
7	7 godzin		..... ..... ..... .....	22	7 godzin		..... ..... ..... .....

8	7 godzin		..... ..... ..... .....	23	7 godzin		..... ..... ..... .....
9	7 godzin		..... ..... ..... .....	24	7 godzin		..... ..... ..... .....
10	7 godzin		..... ..... ..... .....	25	7 godzin		..... ..... ..... .....
11	7 godzin		..... ..... ..... .....	26	7 godzin		..... ..... ..... .....
12	7 godzin		..... ..... ..... .....	27	7 godzin		..... ..... ..... .....
13	7 godzin		..... ..... ..... .....	28	7 godzin		..... ..... ..... .....
14	7 godzin		..... ..... ..... .....	29	7 godzin		..... ..... ..... .....
15	7 godzin		..... ..... ..... .....	30	7 godzin		..... ..... ..... .....