



**WYŻSZA SZKOŁA
ZARZĄDZANIA
I PRZEDSIĘBIORCZOŚCI**
z siedzibą w Wałbrzychu

DZIENNIK PRAKTYK

STUDIA PODYPLOMOWE



**WYŻSZA SZKOŁA
ZARZĄDZANIA
I PRZEDSIĘBIORCZOŚCI**
z siedzibą w Wałbrzychu

Kierunek: _____

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i nazwisko

Nr albumu

Pieczęć szkoły

Podpis opiekuna/
koordynatora praktyk

Przebieg praktyk

L.p.	Rodzaj i charakter praktyki	Czas trwania	Potwierdzenie rozpoczęcia praktyki		Zakończenie praktyki		Wpisuje zaliczający						
			data	podpis i pieczęć opiekuna/koordynatora praktyk w placówce	data	Podpis i pieczęć opiekuna/koordynatora praktyk w placówce	czas trwania	zaliczenie	data	podpis			

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczczę i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczczę i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczczę i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczczę i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Nazwa placówki

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy

Pieczęć i podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Opinia o przebiegu praktyki

Podpis opiekuna/koordynatora praktyk w placówce

Karta zaliczenia praktyk wynikająca z planu studiów

Rodzaj i charakter praktyk wg planu studiów	Czas trwania	Zaliczono cykl praktyk	
		podpis i pieczęć opiekuna/koordynatora praktyk	Uwagi