

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI

Uczeń/Uczennica.....

odbywał/a praktyki w terminie od do

W.....

.....
nazwa (pieczęć zakładu)

i otrzymał/a ocenę :

Uzasadnienie oceny:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Opinia zakładu pracy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

(podpis Zakładowego Opiekuna praktyk)

.....

(podpis Kierownika Szkolenia Praktycznego)

.....

(pieczęć szkoły)

SZKOŁY LIDER

DZIENNICZEK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Rok szkolny /.....

Czas odbywania praktyk od do

.....
(imię i nazwisko)

.....
(klasa i kierunek)

.....
(nazwa zakładu pracy)

.....
(adres zakładu pracy)

.....
(imię i nazwisko prowadzącego praktykę zawodową)

Objaśnienia dla praktykanta

Praktykant wpisuje na pierwszą stronę rok szkolny, czas odbywania praktyk, swoje imię i nazwisko, klasę i kierunek, oraz nazwę zakładu pracy, jego adres i imię i nazwisko prowadzącego praktykę zawodową.

Na dalszych stronach dziennika praktykant wpisuje **codziennie**:

- a) kolejny dzień kalendarzowy odbywanej praktyki,
- b) faktyczną liczbę godzin przepracowanych w danym dniu,
- c) określenie stanowiska na którym odbywa się praktykę,
- d) rodzaj czynności wykonywanych w danym dniu,
- e) uwagi i spostrzeżenia dot. wykonywanych czynności.

Potwierdzenie udziału we wstępnym szkoleniu BHP, które odbyło się w dniu

.....

(data)

.....

(podpis szkoleniowca)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem praktyk w dniu.....

.....

(podpis praktykanta)

TYGODNIOWA KARTA PRAKTYKI

Tydzień od..... do.....r.

Data	Liczba godzin	Stanowisko	Wykonywane czynności	Uwagi i spostrzeżenia dot. wykonywanych czynności

Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk

TYGODNIOWA KARTA PRAKTYKI

Tydzień od..... do.....r.

Data	Liczba godzin	Stanowisko	Wykonywane czynności	Uwagi i spostrzeżenia dot. wykonywanych czynności

Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk

TYGODNIOWA KARTA PRAKTYKI

Tydzień od..... do.....r.

Data	Liczba godzin	Stanowisko	Wykonywane czynności	Uwagi i spostrzeżenia dot. wykonywanych czynności

Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk

TYGODNIOWA KARTA PRAKTYKI

Tydzień od..... do.....r.

Data	Liczba godzin	Stanowisko	Wykonywane czynności	Uwagi i spostrzeżenia dot. wykonywanych czynności

Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk

TYGODNIOWA KARTA PRAKTYKI

Tydzień od..... do.....r.

Data	Liczba godzin	Stanowisko	Wykonywane czynności	Uwagi i spostrzeżenia dot. wykonywanych czynności

Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Prakty