

PRAKTYKANT:

.....

**Technikum
w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych
im. Wł. Broniewskiego
66-600 Krosno Odrzańskie
ul. Szkolna 1
Tel. 68 383 5022**

Czas trwania praktyki zawodowej

.....

liczba godzin

w zawodzie

Opiekun praktyki

.....

Miejsce praktyki

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

PRZEBIEG PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwa szkolenia	Praktyki zawodowe
Szkoła/zawód	ZSP w Krośnie Odrzańskim /
Termin realizacji	
Łączna liczba godzin praktyk	

Data	Godziny praktyk od - do	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć Opis wykonywanych czynności, obserwacje, uwagi i wnioski praktykanta dotyczące wykonywanej pracy	Podpis praktykanta
.....	8		
.....	8		
.....	8		
.....	8		
.....	8		

..... Pieczęć zakładu pracy Podpis opiekuna praktyk
--------------------------------	----------------------------------

PRZEBIEG PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwa szkolenia	Praktyki zawodowe
Szkoła/zawód	ZSP w Krośnie Odrzańskim /
Termin realizacji	
Łączna liczba godzin praktyk	

Data	Godziny praktyk od - do	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć Opis wykonywanych czynności, obserwacje, uwagi i wnioski praktykanta dotyczące wykonywanej pracy	Podpis praktykanta
.....	8		
.....	8		
.....	8		
.....	8		
.....	8		

..... Pieczęć zakładu pracy Podpis opiekuna praktyk
--------------------------------	----------------------------------

PRZEBIEG PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwa szkolenia	Praktyki zawodowe
Szkoła/zawód	ZSP w Krośnie Odrzańskim /
Termin realizacji	
Łączna liczba godzin praktyk	

Data	Godziny praktyk od - do	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć Opis wykonywanych czynności, obserwacje, uwagi i wnioski praktykanta dotyczące wykonywanej pracy	Podpis praktykanta
.....	8		
.....	8		
.....	8		
.....	8		
.....	8		

..... Pieczęć zakładu pracy Podpis opiekuna praktyk
--------------------------------	----------------------------------