

………………………

pieczęć szkoły

DZIENNIK

PRAKTYK ZAWODOWYCH

Słuchacz ……………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

zawód ………………………………………………………………………………………………

semestr …………………………… rok szkolny …………………………………………

Miejsce ………………………………………………………………………………………………

nazwa i adres zakładu pracy

Termin ………………………………………………………………………………………………

………………………..………………

podpis zakładowego opiekuna praktyk

.………………………………..… .………………………………..……

pieczęć zakładu pracy podpis szkolnego opiekuna praktyk

RAPORT Z PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma zajęć | Data | Liczba godzin | Podpis prowadzącego szkolenie |
| Szkolenie BHP |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dział | Data | Liczba godzin | Zakres wykonywanych czynności | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2OCENA KOŃCOWA Z MODUŁU „PRAKTYKA ZAWODOWA”

Słuchacz ………………………………………………………………………………………

odbył praktykę zawodową w zawodzie .………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

w ……………………………………………………………………………………………………

nazwa zakładu pracy

w wymiarze godzin …………………………i otrzymał ocenę końcową

..…….………………………………………………………………………………….

………………………………….. ..………………..…….……………….

pieczęć zakładu pracy podpis zakładowego opiekuna praktyk

…………..…………………………….

podpis szkolnego opiekuna praktyk

…………………….

data

7

3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dział | Data | Liczba godzin | Zakres wykonywanych czynności | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| Dział  3 | Data | Liczba godzin | Zakres wykonywanych czynności | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | - |  |
| Dział | Data | Liczba godzin | Zakres wykonywanych czynności | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dział | Data | Liczba godzin | Zakres wykonywanych czynności | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

5