**Załącznik nr 1 – zgoda Dyrektora Szkoły na odbycie praktyki dydaktycznej przez studenta (studia stacjonarne)**

Miejscowość, data……………………

………………………………………………..

imię i nazwisko studenta

Wydział Kultury Fizycznej i Zdrowia

rok studiów………………

nr albumu…………………

nr tel. kom. ………………

**Dyrektor Szkoły**

**w………………**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki dydaktycznej w szkole podstawowej/ w szkole ponadpodstawowej\* w okresie od ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis studenta

**Zgoda Dyrektora Szkoły**

(pieczęć imienna Dyrektora)

(pieczęć adresowa Szkoły)

Oświadczenie nauczyciela opiekuna praktykanta:

Wyrażam zgodę na nieodpłatną opiekę nad studentem podczas praktyki dydaktycznej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis nauczyciela

Data:…………………….

--------------------------------------

\* wybrać właściwy rodzaj praktyki