

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/praktyki dydaktycznej w szkole ponadpodstawowej* w okresie od.....do.....

podpis studenta

Zgoda Dyrektora Szkoły

(pieczętka imienna Dyrektora)

(pieczętka adresowa Szkoły)

Adres mailowy szkoły:.....

*
_____ wybrać właściwy rodzaj praktyki