

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

Miejscowość, data.....

.....  
imię i nazwisko studenta  
Wydział Kultury Fizycznej i Promocji 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:.....

Oświadczenie nauczyciela opiekuna praktykanta:

Wyrażam zgodę na nieodpłatną opiekę nad studentem podczas praktyki dydaktycznej.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis nauczyciela

Data:.....

\*  
wybrać właściwy rodzaj praktyki