

Szkoła Policealna Medyczna „Żak” w Kaliszu

Kierunek: Technik masażysta

Rok szkolny /

Semestr.....

Wymiar: 210 godzin (6 tygodni)

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko

Nazwa Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk: _____

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

Ocena*): _____

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

KARTA PRAKTYK

Data/ Ilość godzin	Przebieg praktyki
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

KARTA PRAKTYK

Data/ Ilość godzin	Przebieg praktyki
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

KARTA PRAKTYK

Data/ Ilość godzin	Przebieg praktyki
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

Opinia słuchacza o przebiegu praktyki*)

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

*) nie obowiązkowe