

Szkoła Policealna Centrum Nauki i Biznesu „Żak”  
w Kaliszu

Kierunek: .....

Rok szkolny ..... / .....

Semestr.....

Wymiar: ..... godzin (..... tygodnie)

**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

## Opinia słuchacza o przebiegu praktyki\*)

---

---

---

---

---

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

\*) nie obowiązkowe