

.....
(pieczęć szkoły lub placówki)

.....
(data)

**KOLEGIUM NAUK MEDYCZNYCH
SEKCJA PRAKTYK STUDENCKICH
UNIwersytetu Rzeszowskiego**

PRAKTYKI PEDAGOGICZNE - WYCHOWANIE FIZYCZNE

al. mjr. W. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów, tel. 17 872 11 50

e-mail: dziekanatcm@ur.edu.pl

Dyrekcja.....
(nazwa szkoły, placówki, dokładny adres z kodem pocztowym)

wyraża zgodę na odbycie praktyki przez studenta

.....
(rok studiów) (nazwisko i imię studenta)

u Pani (a).....
(nazwisko i imię nauczyciela, stopień awansu zawodowego*) (z przedmiotu)

w terminie od..... do.....

.....
(podpis nauczyciela) (podpis i pieczęć dyrektora)

*opiekunem praktyki powinien być nauczyciel mianowany lub dyplomowany