Imię i nazwisko **Klasa:** Wybierz element **Rok szkolny:** Rok szkolny

**Termin praktyki:** Data od – Data do

**Miejsce odbywania praktyki:** Podaj nazwę firmy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Efekty kształcenia** | **Opis sposobu realizacji****wybranego efektu kształcenia** | **Czas trwania (h)** |
| Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę | Wybierz element |  |  |

**OCENA ODBYTEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Uczeń/Uczennica Imię i nazwisko odbył/a praktykę zawodową w Miejsce odbywania praktyki w Miasto w okresie od data rozpoczęcia do data zakończenia i otrzymał/a ocenę końcową \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć zakładu pracy Podpis zakładowego opiekuna praktyk

**OPINIA ZAKŁADU PRACY**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć zakładu pracy Podpis zakładowego opiekuna praktyk