**Wydział Nauk Pedagogicznych UKSW**

**Kierunek: Pedagogika**

**Formularz zatwierdzenia miejsca odbywania praktyki**

Imię i nazwisko studenta...............................................................................................

Numer albumu..............................................................................................................

Rok studiów.................................................................................................................

Rodzaj praktyki..........................................................................................................

Rok akademicki..........................................................................................................

Proponowane miejsce realizacji praktyki:

Nazwa i adres szkoły\*

..................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................

Nazwa i adres placówki opiekuńczo - wychowawczej

..................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................

Nazwa i adres placówki resocjalizacyjnej ..................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na realizację praktyki w wyżej wymienionej placówce.

…........................... .......................................

 data podpis wydziałowego pełnomocnika dziekana ds. praktyk

\*jeżeli rodzaj praktyki nie jest realizowany w tej placówce należy wpisać: nie dotyczy tego rodzaju praktyki