**Policealne Studium Academica**

ul. Ogrodowa 5

66-300 Międzyrzecz

tel. 530 024 817

www.studium-academica.pl

|  |
| --- |
| *nazwa i adres szkoły* |

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

***imię i nazwisko*** *słuchacza*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek** | **TECHNIK MASAŻYSTA** |
| **Klasa** |  |
| **Semestr** | **II** |
| **Rok szkolny** | 2023/2024 |

*nazwa i adres zakładu pracy* ***(pieczęć)***

Termin odbywania praktyki:

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(od – do, dd. mm .rrrr)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czas trwania praktyki | 3 tygodnie | 105 godzin |

| **Lp.** | **Data** | **Liczba godzin praktyki** | **Przebieg praktyki** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |

**OPINIA OPIEKUNA O PRZEBIEGU PRAKTYKI**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*……………………………………………*

*podpis* ***opiekuna praktyki zawodowej***