

## Karta praktyki indywidualnej STUDIA STACJONARNE I STOPNIA

### FIZJOTERAPIA

#### DANE dot. STUDENTA:

1. Nazwisko i imię studenta: .....
2. Telefon do ew. kontaktu: .....
2. Adres zamieszkania (kod poczt.) .....
3. Czy Pani/Pan pracuje? Podać gdzie: .....
4. Rok i kierunek studiów, kolejność praktyki .....
5. Rodzaj studiów:  stacjonarne  niestacjonarne

\* \* \* \* \*

#### DANE dot. PLACÓWKI:

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka: \* .....
- .....
2. Dyrektor w/w placówki .....
3. Praktyka będzie odbywana terminie: .....
4. Praktyka będzie odbywana w godzinach: .....
5. Opiekun praktyki .....
6. Potwierdzenie zgody opiekuna praktyki .....
7. Zgoda dyrekcji placówki na realizację w/w praktyki (podpis i pieczęć dyrektora) .....
- .....

Data wyrażenia zgody:

\* Proszę dołączyć krótką charakterystykę placówki