Załącznik nr 20

KARTA PRAKTYK

Potwierdzam odbycie praktyk przez kandydata

…………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………..

(w pieczy zastępczej)

wg. poniższego harmonogramu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Ilość godzin | Zakres tematyczny/ poruszane kwestie |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Razem |  |  |

Miejscowość …………………………… Data ……………………………….

………..………………………………….

podpis rodziny zastępczej

/prowadzącego rodzinny dom dziecka/

dyrektora placówki opiekuńczo – wychowawczej