\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pieczątka firmy

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Kierunek: TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH

Semestr: Rok szkolny: 2019/2020

Imię i Nazwisko

Nazwa i adres miejsca odbywania praktyki

Termin realizacji praktyk:

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki:

Ocena\*):

Pieczątka i podpis opiekuna praktyk

\*) celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający

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

Pieczątka firmy

Sprawozdanie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Zakres wykonywanych czynności | Ilość godzin | Podpis opiekuna praktyk |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

Pieczątka firmy

Sprawozdanie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Zakres wykonywanych czynności | Ilość godzin | Podpis opiekuna praktyk |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Opinia słuchacza o przebiegu praktyki (opcjonalnie) |
|  |
|  |
| Pieczątka i podpis opiekuna praktyk |
|  |
|  |
|  |