



Potwierdzenie odbycia praktyk zawodowych

Imię i nazwisko

Nr albumu semestr tryb studiów.....

Miejsce praktyk (nazwa i adres zakładu pracy):

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

.....
(pieczęć zakładu pracy)

Zaliczam praktyki zawodowe w wymiarze

Data

(pieczęć i podpis Koordynatora Praktyk WSM)



Wyższa Szkoła Mazowiecka
Wydział Nauk Medycznych
Kierunek Fizjoterapia
Studia licencjackie/Studia magisterskie

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ogółem zrealizowano godzin.

Podpis/pieczętka opiekuna

Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie

ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa

Dziekanat 662 215 628 dziekanat@wsmw.edu.pl, Kwestura 662 215 734 kwestura@wsmw.edu.pl



KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....r. do.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ogółem zrealizowano godzin. Podpis/piecątka opiekuna



Wyższa Szkoła Mazowiecka
Wydział Nauk Medycznych
Kierunek Fizjoterapia
Studia licencjackie/Studia magisterskie

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ogółem zrealizowano godzin. Podpis/pieczętka opiekuna

Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie

ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa

Dziewiat 662 215 628 dziewiat@wsmw.edu.pl, Kwestura 662 215 734 kwestura@wsmw.edu.pl



KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....r. do.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ogółem zrealizowano godzin. Podpis/pieczętka opiekuna

Łącznie zrealizowano godzin.



Opinia opiekuna praktykanta

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zaliczam/Nie zaliczam¹ praktykę/i zawodową/ej.....

.....
(pieczęć i podpis opiekuna praktyk)

¹ Odpowiednio zaznaczyć