



Policealna Szkoła Medyczna w Łodzi
ul. Wileńska 53/55
94-011 Łódź

DZIENNIK
PRAKTYKI ZAWODOWEJ
w zawodzie
TECHNIK MASAŻYSTA

Nazwisko i imię praktykanta:

Klasa:

Rok szkolny:

Nazwa i adres zakładu pracy:

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

Termin praktyk:

Opiekun praktyki z ramienia zakładu pracy:

.....
pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....
pieczęć i podpis szkolnego opiekuna praktyk

OBJAŚNIENIA DLA PRAKTYKANTA

Praktykant wpisuje na pierwszą stronę dziennika swoje imię i nazwisko, klasę i termin odbycia praktyki oraz nazwę zakładu pracy.

Na dalszych stronach dziennika praktykant wpisuje codziennie:

- a) kolejny dzień kalendarzowy odbywanej praktyki;
- b) faktyczną liczbę godzin przepracowanych w tym dniu;
- c) określenie wydziału lub stanowiska, na którym odbywa się praktyka;
- d) rodzaj czynności wykonywanych w tym dniu;
- e) wszelkie spostrzeżenia z obserwacji pracy, względnie z wykonywanej przez siebie pracy.

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

Data	
Liczba godzin	
Dział	
Sprawozdanie	
Uwagi	
Podpisz zakł. opiekuna praktyk	

EGZAMIN Z ODBYTEJ PRAKTYKI

Uczeń

odbył/a praktykę zawodową

w

w okresie

i

zdał/a egzamin końcowy z wynikiem

.....

pieczęć zakładu pracy

.....

podpisy Komisji Egzaminacyjnej

.....

Data

