

PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA
ZAWODOWA W KOSZALINIE



**ul. Leśna 1
75-582 Koszalin**

**tel. 94 342 67 66
fax. 94 341 65 86**

e-mail : pwsz-koszalin@wp.pl

**DZIENNIK PRAKTYK
STUDENCKICH**

SPIS TREŚCI

Objaśnienia	3
Ewidencja praktyki	4-9
Sprawozdania	10-102
Rozliczenie i zaliczenia praktyki	102-116
Całościowe zaliczenie praktyk.....	117
Notatki	118-124

OBJAŚNIENIA

- 1.** Student realizujący praktykę z należytą starannością prowadzi dziennik praktyk i wpisuje:
 - a) Dane oraz informacje o praktyce według tabeli zamieszczonej na str. 4-9.
 - b) W sprawozdaniach dziennych (str. 10-101)
 - w pierwszym dniu nazwa praktyki,
 - daty kolejnych dni praktyki,
 - wykonywaną funkcję lub stanowisko, realizowane czynności i zadania,
 - uwagi, wnioski oraz spostrzeżenia.
- 2.** Wszelkiego rodzaju szkice, rysunki, konspekty oraz inne materiały będące efektem pracy studenta mogą stanowić uzupełnienie dokumentacji praktyki. Materiały te można zaprezentować wraz z dziennikiem praktyk podczas zaliczenia.
- 3.** Przed zakończeniem praktyki str. 102-122 (parzyste) po słowach „Rozliczenie praktyki” należy wpisać: nazwę zakładu pracy (instytucji). Następnie dziennik praktyk student przedstawia zakładowemu opiekunowi praktyki.

DATA I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ SZKOLENIA Z : -BHP, -PROFILAKTYKI O OCHR. P. POŻ. -ZACHOWANIA TAJEMNICY, -REGULAMINU PRACY.	1	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKI	2	
LICZBA DNI PRACY	3	
PRZEBIEG PRAKTYKI ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	4	
PRZEBIEG PRAKTYKI POTWIERDZENIE ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	5	
MIEJSCE PRAKTYKI NAZWA ZAKŁADU PRACY- INSTYTUCJI	6	
NAZWA PRAKTYKI ROK STUDIÓW/ SEMESTR	7	

DATA I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ SZKOLENIA Z : -BHP, -PROFILAKTYKI O OCHR. P. POŻ. -ZACHOWANIA TAJEMNICY, -REGULAMINU PRACY.	1	
	2	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKI		
LICZBA DNI PRACY	3	
PRZEBIEG PRAKTYKI ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	4	
PRZEBIEG PRAKTYKI POTWIERDZENIE ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	5	
MIEJSCE PRAKTYKI NAZWA ZAKŁADU PRACY- INSTYTUCJI	6	
NAZWA PRAKTYKI ROK STUDIÓW/ SEMESTR	7	

DATA I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ SZKOLENIA Z : -BHP, -PROFILAKTYKI O OCHR. P. POŻ. -ZACHOWANIA TAJEMNICY, -REGULAMINU PRACY.	1	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKI	2	
LICZBA DNI PRACY	3	
PRZEBIEG PRAKTYKI ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	4	
PRZEBIEG PRAKTYKI POTWIERDZENIE ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	5	
MIEJSCE PRAKTYKI NAZWA ZAKŁADU PRACY- INSTYTUCJI	6	
NAZWA PRAKTYKI ROK STUDIÓW/ SEMESTR	7	

DATA I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ SZKOLENIA Z : -BHP, -PROFILAKTYKI O OCHR. P. POŻ. -ZACHOWANIA TAJEMNICY, -REGULAMINU PRACY.	1	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKI	2	
LICZBA DNI PRACY	3	
PRZEBIEG PRAKTYKI ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	4	
PRZEBIEG PRAKTYKI POTWIERDZENIE ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	5	
MIEJSCE PRAKTYKI NAZWA ZAKŁADU PRACY- INSTYTUCJI	6	
NAZWA PRAKTYKI ROK STUDIÓW/ SEMESTR	7	

DATA I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ SZKOLENIA Z : -BHP, -PROFILAKTYKI O OCHR. P. POŻ. -ZACHOWANIA TAJEMNICY, -REGULAMINU PRACY.	1	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKI	2	
LICZBA DNI PRACY	3	
PRZEBIEG PRAKTYKI ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	4	
PRZEBIEG PRAKTYKI POTWIERDZENIE ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	5	
MIEJSCE PRAKTYKI NAZWA ZAKŁADU PRACY- INSTYTUCJI	6	
NAZWA PRAKTYKI ROK STUDIÓW/ SEMESTR	7	

DATA I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ SZKOLENIA Z : -BHP, -PROFILAKTYKI O OCHR. P. POŻ. -ZACHOWANIA TAJEMNICY, -REGULAMINU PRACY.	1	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKI	2	
LICZBA DNI PRACY	3	
PRZEBIEG PRAKTYKI ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	4	
PRZEBIEG PRAKTYKI POTWIERDZENIE ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI DATA, PODPIS KIEROWNIKA (DYREKTORA, PREZESA) I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY	5	
MIEJSCE PRAKTYKI NAZWA ZAKŁADU PRACY- INSTYTUCJI	6	
NAZWA PRAKTYKI ROK STUDIÓW/ SEMESTR	7	

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE		
Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

SPRAWOZDANIE DZIENNE

Data i ilość godzin	Treść zajęć zgodna z programem praktyki	Podpis opiekuna praktyk

**ROZLICZENIE PRAKTYKI WSTĘPNEJ
ASYSTENCKIEJ (80 H) SEM. I**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....
.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI WSTĘPNEJ
ASYSTENCKIEJ (80 H) SEM. I**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczętka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
FIZYKOTERAPII (120 H) SEM. II**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczętka zakładu

podpis i pieczętka opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
FIZYKOTERAPII (120 H) SEM. II**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczętka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
KINEZYTERAPII (120 H) SEM. III**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....
.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....
Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
KINEZYTERAPII (120 H) SEM.III**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczętka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
KINEZYTERAPII II (140 H) SEM.IV**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....
.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
KINEZYTERAPII (140 H) SEM.IV**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczętka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
FIZYKOTERAPII (140 H) SEM.IV**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....
.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYKI W PRACOWNI
FIZYKOTERAPII (140 H) SEM. IV**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczętka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

**ROZLICZENIE PRAKTYK W ZAKRESIE
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ (160 H) SEM.V**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....
.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYK W ZAKRESIE
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ (160 H) SEM.V**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczęćka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

**ROZLICZENIE PRAKTYKI W ZAKRESIE
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ (160 H) SEM.VI**

.....
.....

(nazwa praktyki)
zrealizowanej

W.....

.....

Opinia opiekuna praktyk o pracy studenta:

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

.....

Ocena wystawiona studentowi
(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....

Miejscowość, data, pieczęć zakładu

podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**ZALICZENIE PRAKTYK W ZAKRESIE
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ (160 H) SEM.VI**

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

(wypełnia opiekun praktyk PWSZ w Koszalinie)

Ocena wystawiona studentowi

(bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

.....
Pieczętka Uczelni

.....
Podpis opiekuna dydaktycznego praktyk

.....
Miejscowość, data

CAŁOŚCIOWE ZALICZENIE PRAKTYK

.....
.....
(wypełnia Koordynator praktyk PWSZ w Koszalinie)

MIEJSCA ODBYCIA PRAKTYK

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....
6.
.....

.....
Pieczęta Uczelni

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

.....
Miejscowość, data

