



DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

TECHNIKUM

w zawodzie

rok szkolny:

w terminie:

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Miejsce odbywania praktyk

.....
pieczęć zakładu pracy

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH
w KŁODZKU
ul. Bohaterów Getta 6, 57-300 Kłodzko
tel. 74 867 24 13, 867 24 14
e-mail: zst.klodzko@ng.pl
internet: zst.klodzko.pl (5)
pieczęć szkoły

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W KŁODZKU

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Dzień praktyk	Liczba godzin	Data	Opis wykonywanych prac

Opinia o praktykancie

Proponowana ocena z praktyk:

Data:

.....

Podpis opiekuna praktyk

Ocena końcowa: