

STUDIA PODYPLOMOWE

KOMPETENCJE PEDAGOGICZNE NAUCZYCIELA

DZIENNIK PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

Nazwisko i imię słuchacza:

Miejsce odbywania praktyki¹

Okres trwania praktyki

.....
(nazwa i adres szkoły / placówki – ewentualnie pieczętka)

.....
(od dnia – do dnia / łączna ilość godzin)

.....

.....

¹ W przypadku odbywania praktyki w więcej niż w jednej placówce – należy dopisać jako kolejne

ul. ks. J. Popiełuszki 4, 62-510 Konin
tel. +48 63 24 97 160
fax. +48 63 24 97 160
e-mail: pedagogika@konin.edu.pl



Wydział Społeczno- Humanistyczny

ZAKŁAD PEDAGOGIKI