

Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 9
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Łodzi
Al. Politechniki 38



DZIENNIK PRAKTYK

.....
Imię i Nazwisko

Technikum nr 9

Klasa:

Zawód:

Rok szkolny:

Potwierdzam odbycie praktyk w firmie:

(pieczęć firmowa, data i podpis opiekuna praktyk)

Proponowana ocena opiekuna praktyk:

Opinia o praktykancie i jego umiejętnościach:

(dyscyplina, samodzielność w pracy, jakość wykonywanej pracy, przestrzeganie przepisów BHP)

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