

## POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ ODBORNEJ PRAXE v MŠ

Meno a priezvisko žiaka: .....

Strednej odbornej školy pedagogickej, na Bullovej 2, 840 11 v Bratislave, v študijnom odbore 7649 N učiteľstvo pre materské školy a vychovávateľstvo,

z triedy: ..... v školskom roku: .....

Miesto absolvovania praxe: .....

.....

Termín absolvovania praxe:.....

Cvičná učiteľka: .....

Kontakt na cvičnú učiteľku: .....

Potvrdzujeme absolvovanie odbornej praxe žiaka/žiačky v zmysle platných pokynov a Dohody SOŠPg Bullova 2 v Bratislave a nášho zariadenia.

V..... dňa .....

Pečiatka:

Podpis: .....

Riaditeľ/riaditeľka MŠ