

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ ODBORNEJ PRAXE v ŠKD

Meno a priezvisko žiaka:

Strednej odbornej škole 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 vychovávateľka:

Kontakt na cvičnú vychovávateľku:

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 ZŠ - ŠKD