



## DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

.....  
(imię i nazwisko studenta/teki)

ROK I KIERUNEK STUDIÓW:.....

SPECJALNOŚĆ: .....

MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI:.....

TERMIN ODBYWANIA PRAKTYKI:.....

Nr indeksu:.....

Nazwa i adres instytucji:.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki:.....

ul. B. Krygowskiego 10, Collegium Geographicum,  
61-680 Poznań  
NIP 777 00 06 350, REGON 000001293  
tel. +48 61 829 61 11, fax. +48 61 829 62 81  
dziegeo@amu.edu.pl

Nazwa instytucji (pieczęćka)

Imię i nazwisko praktykanta:.....

Rok i kierunek studiów:.....

## HARMONOGRAM PRAKTYK ZAWODOWYCH

L.p.	Czas pracy		Zadania zrealizowane przez praktykanta	Zaliczenie praktyki	
	tydzień (data od-do)	dzień (godz. od-do)		Data i podpis opiekuna praktyk z ramienia instytucji przyjmującej	Data i podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni

Opiekun praktyki ze strony WNGiG UAM:.....

Nazwa instytucji (pieczęćka)

Imię i nazwisko praktykanta:.....

Rok i kierunek studiów:.....

## HARMONOGRAM PRAKTYK ZAWODOWYCH

L.p.	Czas pracy		Zadania zrealizowane przez praktykanta	Zaliczenie praktyki	
	tydzień (data od-do)	dzień (godz. od-do)		Data i podpis opiekuna praktyk z ramienia instytucji przyjmującej	Data i podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni

Opiekun praktyki ze strony WNGiG UAM:.....

## OPINIA

o przebiegu i wynikach praktyki zawodowej /wypełnia opiekun praktykanta/

Student/ka.....

Odbycwał/a praktykę zawodową w okresie od.....do.....

Pod kierunkiem.....

/Imię i nazwisko pracownika/

na stanowisku.....

/stanowisko opiekuna praktykanta określające zakres praktyki/

### CHARAKTERYSTYKA PRAKTYKANTA

1. Stopień wykonywania zadań zawartych w programie i planie praktyki:.....

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

2. Przygotowanie merytoryczne i metodyczne studenta/ki.....

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

3. Postawa studenta/ki wobec współpracowników:.....

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

4. Ogólna ocena praktyki studenta (w skali ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny)

.....

.....  
/podpis opiekuna praktyki/

.....,

dnia.....20.....r.