

OPINIA O PRAKTYKANCIE

1. Aktywność praktykanta (zaangażowanie w realizowanie programu praktyki):

.....

.....

.....

2. Przestrzeganie dyscypliny pracy (obecność na zajęciach, ilość godzin opuszczonych, wykonywanie poleceń itp.):

.....

.....

.....

3. Proponowana ocena:

.....

(celujący – biegłe posługuje się zdobytymi wiadomościami,
bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający,
niedostateczny – niezaliczenie praktyki)

.....
(Opiekun praktyki)

.....
(Kierownik Zakładu
– Dział kadr i szkoleń)

ZST Toruń

Dzienniczek praktyk zawodowych

Termin

Nazwa zakładu

.....

Adres

.....

Imię i nazwisko ucznia

.....

Klasa

ZST Toruń

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

ZST Toruń

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

ZST Toruń

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

ZST Toruń

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

ZST Toruń

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

ZST Toruń

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

Data _____ 20____ r.

Dzień praktyki _____

Godziny pracy	Opis stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności, Wykorzystywane urządzenia i materiały	Wnioski i spostrzeżenia wynikające z analizy wykonywanych zadań
Od:		
Do:		

Podpis opiekuna _____

ZST Toruń