

Formularz Praktyk Glottodydaktycznych

rok		Nazwa i siedziba pracodawcy	Termin odbywania praktyki	Liczba godzin hospitacji		Liczba godzin samodzielnie przeprowadzonych lekcji		Zaliczenie praktyki	Podpis przedstawiciela pracodawcy
akademicki	studiów			A1	A2	B1	B2		
				A1		A1			
				A2		A2			
				B1		B1			
				B2		B2			
				C1		C1			
				C2		C2			

Dodatkowe uwagi na temat przebiegu praktyk:

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

Dodatkowe uwagi na temat praktykanta / praktykantki:

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

Zaliczenie

Kierownika Studiów
i Praktyk Glottodydaktycznych IBL PAN