

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej  
Kierunek: FIZJOTERAPIA  
Studia stacjonarne, jednolite magisterskie

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Numer albumu

.....  
Miejsce odbywania praktyki

## Realizacja praktyki zawodowej z zakresu

.....  
Ilość godzin dydaktycznych.....

### Indywidualny harmonogram praktyki

dzień	data	Godziny zegarowe od ...do..	Ilość godzin dydaktycznych	uwagi
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				

.....  
Podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
Podpis opiekuna praktyk z uczelni