……
(miejsce na pieczęć Placówki)

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYKACH

Studenta……..……na kierunku Kosmetologia, studia stacjonarne/niestacjonarne,
(Imię i nazwisko)
nr albumu…….. semestr:…..… rok akademicki:….…… KIERUNKOWY OPIEKUN PRAKTYK: mgr Karolina Sałagan-Kwiatkowska, ZAKŁADOWY OPIEKUN PRAKTYK:……..…

L.p.	Data	Liczba godzin	Podpis opiekuna praktyk w placówce

……
(miejsce na pieczęć Placówki)

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYKACH

Studenta……..……na kierunku Kosmetologia, studia stacjonarne/niestacjonarne,
(Imię i nazwisko)
nr albumu…….. semestr:…..… rok akademicki:….…… KIERUNKOWY OPIEKUN PRAKTYK: mgr Karolina Sałagan-Kwiatkowska, ZAKŁADOWY OPIEKUN PRAKTYK:……..…

L.p.	Data	Liczba godzin	Podpis opiekuna praktyk w placówce

……
(miejsce na pieczęć Placówki)

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYKACH

Studenta……..……na kierunku Kosmetologia, studia stacjonarne/niestacjonarne,
(Imię i nazwisko)
nr albumu…….. semestr:…..… rok akademicki:….…… KIERUNKOWY OPIEKUN PRAKTYK: mgr Karolina Sałagan-Kwiatkowska, ZAKŁADOWY OPIEKUN PRAKTYK:……..…

L.p.	Data	Liczba godzin	Podpis opiekuna praktyk w placówce