

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PRAKTYKĘ \*

skan wypełnionego formularza należy dołączyć do wniosku o praktykę na platformie e-student co najmniej tydzień przed rozpoczęciem praktyki

### WYPEŁNIA STUDENT

Nazwisko i imię studenta .....

Nr telefonu .....- .....- ..... Nr albumu .....

Rok **studiów: 2** (2023-2026)

kierunek **WYCHOWANIE FIZYCZNE**

Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków – ksero polisy należy dołączyć do karty zgłoszenia, jeżeli tego wymaga placówka

Nazwa praktyki: **Praktyka psychologiczno-pedagogiczna w szkole podstawowej,  
III semestr**

Termin odbycia praktyki [obowiązkowo] od ..... do .....  
DD-MM-RRRR DD-MM-RRRR

Łącznie godzin dydaktycznych: 60

### POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA STUDENTA NA PRAKTYKĘ

1) Imię i nazwisko opiekuna z ramienia placówki .....  
PROSZĘ WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

2) Stopień awansu zawodowego nauczyciela:

☐ nauczyciel mianowany ☐ nauczyciel dyplomowany

3) Czy student musi posiadać ubezpieczenie NNW: ☐ TAK ☐ NIE

4) Pieczęć placówki, w której student będzie odbywał praktykę

5) Dyrekcja placówki zobowiązuje się, że **nie przyjmie** studenta bez skierowania wystawionego przez sekcję praktyk studenckich ANS w Raciborzu.

dane z formularza są niezbędne do przygotowania skierowania na praktykę.

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY WYKONAWCY**  
**(opiekuna praktyki z ramienia placówki przyjmującej studenta)**

**W celu realizacji obowiązku zgłoszenia umowy do ZUS nałożonego na Akademię Nauk Stosowanych  
poniższy kwestionariusz należy**

**WYPEŁNIĆ I ODESŁAĆ NA ADRES E-MAIL: [bozena.olchawa@akademiarac.edu.pl](mailto:bozena.olchawa@akademiarac.edu.pl)**

**niezwłocznie po jego otrzymaniu**

| <b>DANE OSOBOWE</b>                |  |                |  |
|------------------------------------|--|----------------|--|
| Nazwisko:                          |  |                |  |
| Imię:                              |  |                |  |
| PESEL                              |  |                |  |
| Tel. kontaktowy:                   |  |                |  |
| Adres mailowy:                     |  |                |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>          |  |                |  |
| Województwo:                       |  | Miejscowość:   |  |
| Powiat:                            |  | Gmina:         |  |
| Kod pocztowy:                      |  | Ulica:         |  |
| Nr domu:                           |  | Nr mieszkania: |  |
| Imię i nazwisko<br>praktykantki/ta |  |                |  |