

### KARTA PRAKTYK

Potwierdzam odbycie praktyk przez kandydata

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
w rodzinie zastępczej zawodowej  
w placówce opiekuńczo-wychowawczej

Data	Ilość godzin	Podpis opiekuna
Razem		

.....  
Podpis kandydata

.....  
podpis przeprowadzającego praktyki