**Załącznik Nr 9**

**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