FILOZOFICKÁ FAKULTA

CENTRUM AKADEMICKEJ PRÍPRAVY

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

www.ku.sk, tel.: +421 44 43 32 708, fax: +421 44 43 32 443, e-mail: dekanat@ku.sk

***SÚVISLÁ PEDAGOGICKÁ PRAX 4***

**OZNÁMENIE**

**Meno a priezvisko študenta** .......................................................................................

Bydlisko ................................................................................. Telefón: .................................

Štud. odbor ....................................... Praxový predmet ......................................

**Termín praxe od** ............................................ **do** ....................................................................

**Škola, ktorá súhlasí s vykonaním praxe** ...................................................................

**Adresa školy** ...................................................................................................................

**Telefón** ......................................................

**Meno cvičného učiteľa** ........................................................................................................

Aprobácia ..................................................

Dĺžka pedagogickej praxe (min. 3 roky) ...............................................................................

Poznámka:

Oznámenie slúži na získanie informácie, že riaditeľstvo príslušnej školy a cvičný učiteľ súhlasí s vykonaním praxe študenta.

V .............................. dňa .................

.......................................................... ......................................................

 podpis cvičného učiteľa pečiatka a podpis riaditeľstva školy