…………………………………………………….. Siedlce, dn. ……………………..

imię i nazwisko studenta

…………………………………………………….

nr albumu

…………………………………………………….

rok studiów, kierunek, specjalność

…………………………………………………….

tryb studiów (stacjonarne/niestacjonarne)

……………………………………………………

tel. kontaktowy, e-mail

 **Dyrektor**

**………………………………………………………**

**………………………………………………………**

**………………………………………………………**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Placówce praktyki psychologiczno-pedagogicznej ciągłej w wymiarze 30 godzin (1 tydzień) oraz wyznaczenie opiekuna praktyki.

Prośbę swą motywuję chęcią wzbogacenia wiedzy psychologiczno-pedagogicznej o obserwację praktycznych działań realizowanych przez wykwalifikowaną kadrę pedagogiczną.

 Z poważaniem

……………...…….. *podpis studenta*

……………………………………..

*pieczęć i podpis Dyrekcji*