

....., dnia

**Wydział Geografii i Studiów Regionalnych
Uniwersytet Warszawski**

**Pełnomocnik Dziekana WGiSR UW
ds. Bloku Pedagogicznego**

Dyrekcja nr w
wyraża zgodę na zrealizowanie w naszej szkole praktyki nauczycielskiej przez
słuchaczkę/słuchacza roku Studiów Podyplomowych z Geografii dla Nauczycieli na
WGiSR Uniwersytetu Warszawskiego Panią/Pana

Szkolnym Opiekunem praktyki będzie Pan/Pani

Przewidziany termin praktyki:

PIECZĄTKA SZKOŁY

Telefon kontaktowy i e-mail do Szkolnego Opiekuna: