

.....  
(nazwisko i imię studenta)

Katowice, dnia .....

.....  
(rok studiów / numer albumu)

## WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYK

Proszę o zaliczenie praktyki .....,  
którą zrealizowałam/-em w ..... w ramach  
Programu Erasmus+ w semestrze ..... w terminie .....

### Praktyki zrealizowane w ośrodku partnerskim\*:

Ośrodek partnerski			AWF Katowice		
Nazwa praktyki	Liczba godz.	ECTS	Nazwa praktyki	Liczba godz.	ECTS

\* Do wniosku załączam zatwierdzone Porozumienie o Programie Studiów (tzw. Learning Agreement).

Uwagi Koordynatora Programu Erasmus+ na Wydziale Fizjoterapii:

.....  
(podpis studenta)

.....  
(podpis Koordynatora Programu Erasmus+)

.....  
(podpis Opiekuna Praktyk)