



**Akademia Wychowawcy  
Małego Dziecka**  
Zespołu Żłobków  
m. st. Warszawy

## LISTA OBECNOŚCI NA ZAJĘCIACH PRAKTYCZNYCH

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia					
Nazwa szkolenia					
Miejsce odbywania praktyki					
Liczba godzin do zaliczenia					
Liczba godzin do zrealizowania			<b>0:00:00</b>		
Data	Godzina rozpoczęcia zajęć	Godzina zakończenia zajęć	Razem godzin zajęć w dniu	Podpis uczestnika szkolenia	Podpis kierownika żłobka lub opiekuna praktyki
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
			0:00:00		
Razem:			<b>0:00:00</b>		

**POTWIERDZAM REALIZACJĘ PRZEZ UCZESTNIKA  
WYMAGANEJ LICZBY GODZIN ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH:**

-----  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej