



**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			0:00:00		
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		
Razem:			0:00:00		

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

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej