

.....  
imię, nazwisko studenta

Olsztyn, .....

.....  
rok, tryb, stopień studiów

.....  
nr telefonu studenta

**Kierownik Praktyk  
Kierunku Wychowanie Fizyczne  
na Wydziale Nauk o Zdrowiu  
Olsztyńskiej Szkoły Wyższej  
dr Jadwiga Cyganiuk**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk zawodowych w

w .....  
pełna nazwa placówki, adres, nazwisko i imię dyrektora placówki

pod opieką .....  
imię, nazwisko opiekuna praktyk i nr telefonu kontaktowego

w przewidywanym terminie .....

Z poważaniem

.....  
podpis studenta