

.....
imię, nazwisko studenta

.....
rok, tryb, stopień studiów

.....
nr telefonu studenta

**Kierownik Praktyk Kierunku Wychowanie Fizyczne
na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Europejskiej Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych**

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