**Gyakorlati IGAZOLÁS**

Intézmény neve:…………………………………………………………………………...

címe:……………………………………………………………………………………………..

Tereptanár neve:…………………………………………………………………………………

Hallgató neve:…………………………………………………………………………………...

Képzés megnevezése:…………………………………………………………………………...

Gyakorlat típusa: Összefüggő gyakorlat

Gyakorlat ideje: 20….-………………….20………………….-ig

Gyakorlat óraszáma:…………………………..

Igazolom, hogy a hallgató gyakorlatát intézményünkben letöltötte, a részére előírt feladatokat teljesítette.

……………………….20….év……………………….hó…………….nap

……………………………………..

 Tereptanár