

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
im. Jerzego Kukuczki
DZIEKANAT WYDZIAŁU FIZJOTERAPII
PRAKTYKI STUDENCKIE
40-065 Katowice, ul. Mikołowska 72a
tel. 032 207-53-51

**ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI NA KIERUNKU
ODNOWA BIOLOGICZNA**

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

PRAKTYKA WDROŻENIOWA

I rok 182 godziny

.....
.....
w

ul.....

Dziekanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie wyżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

1. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

2. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / mgr fizjoterapii, lekarz, lub osoba, która ukończyła studia wyższe (licencjackie lub magisterskie) na kierunku odnowa biologiczna, rekreacja ruchowa lub innym kierunku pokrewnym:

.....

3. Czy placówka realizuje zabiegi z odnowy biologicznej?

- TAK
- NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Odnowy Biologicznej**

Data

.....

**ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI NA KIERUNKU
ODNOWA BIOLOGICZNA**

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

**PRAKTYKA W OŚRODKACH REKREACJI
I ODNOWY BIOLOGICZNEJ**

II/III rok 234 godziny

.....
.....
w

ul.....

Dziekanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

3. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

4. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / mgr fizjoterapii, lekarz, lub osoba, która ukończyła studia wyższe (licencjackie lub magisterskie) na kierunku odnowa biologiczna, rekreacja ruchowa lub innym kierunku pokrewnym:

.....

4. Czy placówka realizuje zabiegi z odnowy biologicznej?

- TAK
- NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Odnowy Biologicznej**

Data

.....

**ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI NA KIERUNKU
ODNOWA BIOLOGICZNA**

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

**PRAKTYKA W OŚRODKACH
I KLUBACH SPORTOWYCH**

III rok 312 godzin

.....

.....

w

ul.....

Dziekanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

5. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

6. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / mgr fizjoterapii, lekarz, lub osoba, która ukończyła studia wyższe (licencjackie lub magisterskie) na kierunku odnowa biologiczna, rekreacja ruchowa lub innym kierunku pokrewnym:

.....

5. Czy placówka realizuje zabiegi z odnowy biologicznej?

- TAK
- NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Odnowy Biologicznej**

Data

.....