**Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu**

**rok szkolny 2017/2018 semestr 1 ………………………………………  
 miesiąc i rok**

**Lista obecności słuchaczy na zajęciach praktycznych/praktyce zawodowej**

**………………………………………………………….  
kierunek kształcenia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię słuchacza** | | **Data** | **Data** | **Data** | **Data** |
|  |  |  |  |
|  | **Podpisy słuchacza** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………………..  
Podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia w placówce

Prosimy o dostarczenie przez słuchacza podpisanej listy do sekretariatu M-SCKZiU w Toruniu do dnia   
10 następnego miesiąca.

**Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu**

**rok szkolny 2017/2018 semestr 1 ………………………………………  
 miesiąc i rok**

**Lista obecności słuchaczy na zajęciach praktycznych/praktyce zawodowej**

**………………………………………………………….  
kierunek kształcenia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię słuchacza** | | **Data** | **Data** | **Data** | **Data** |
|  |  |  |  |
|  | **Podpisy słuchacza** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………………..  
Podpis nauczyciela prowadzącego zajęcia w placówce

Prosimy o dostarczenie przez słuchacza podpisanej listy do sekretariatu M-SCKZiU w Toruniu do dnia   
10 następnego miesiąca.