Załącznik nr 10 do procedury kwalifikowania kandydatów na rodziny zastępcze niezawodowe, zawodowe lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Śremie

KARTA PRAKTYKI REALIZOWANEJ W RAMACH SZKOLENIA
DLA KANDYDATÓW NA RODZINY ZASTĘPCZE ORAZ PROWADZĄCYCH RODZINNY DOM DZIECKA

Imię i nazwisko kandydata: ……..……..

Miejsce praktyki: ……

Termin odbywania praktyki: ……

Opiekun praktyki: …….

Data praktyki	Godziny (od … do ...)/liczba godzin	Zakres poznawanych zagadnień, obowiązków i czynności	Podpis praktykanta/ów	Podpis opiekuna praktyki

Opinia opiekuna praktyki o kandydacie *(stosunek do dzieci, łatwość nawiązywania kontaktów, stosunek do powierzanych obowiązków, postawa w czasie odbywania praktyki, rzetelność):*

……
……
……
……
……
……

……..
(data podpis opiekuna praktyki)