



**GÁL FERENC FŐISKOLA**  
**Pedagógiai Kar**

5540 Szarvas, Szabadság út 4.  
Telefon: +36 66 311-511  
Fax: +36 66 311-550

**Levelező tagozatos óvodapedagógus hallgatók gyakorlati képzésének minősítése és igazolása**  
**Egyéni pedagógiai gyakorlat**  
**..... évfolyam/..... félév**

**Intézmény neve:** \_\_\_\_\_

**Intézmény címe:** \_\_\_\_\_

**Intézmény elérhetősége:** \_\_\_\_\_

**Intézményvezető neve:** \_\_\_\_\_

**Hallgató neve:** \_\_\_\_\_ **NEPTUN KÓD:** \_\_\_\_\_

1. A foglalkozások látogatását igazolom: \_\_\_\_\_ gyakorlatvezető óvodapedagógus

2. A foglalkozások teljesítését minősíti: \_\_\_\_\_ gyakorlatvezető óvodapedagógus

A hallgató értékelése gyakorlati jeggyel –írja be a nevelési területet és a gyakorlati jegyet!-:

.....nevelési terület, gyakorlati jegy: .....

.....nevelési terület, gyakorlati jegy: .....

Dátum: \_\_\_\_\_

p.h.

*Gyakorlatvezető óvodapedagógus*

*Intézményvezető*