**STUDENT – PRAKTIKANT UOP 1, 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení:  Jméno: |  |
| E – mail:  Telefon: |  |

**CVIČNÝ UČITEL:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení:  Jméno:  E-mail, telefon |  | Vedení v předmětu: |

**STŘEDNÍ ŠKOLA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresa SŠ: |  |
| E-mail, telefon školy |  |

Potrvrzuji, že jsem se seznámila s podmínkami plnění UOP v plném rozsahu

Podpis studena:

Registrace dne: ZÁPOČET: