**POTVRZENÍ O PROVEDENÍ PEDAGOGICKÉ PRAXE**

**ASP-B**

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Název a adresa organizace (ZŠ, MŠ, SŠ):

Délka vykonávané praxe ASP-B:

Od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Praxe byla vykonávaná:

Na pozici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis a razítko organizace: