



6-20.

## ÓVODAI GYAKORLAT IRÁNTI KÉRELEM

(dajka, pedagógiai asszisztens, gyógypedagógia asszisztens képzésben résztvevő)

A jelentkező tölti ki

Jelentkező neve: .....

Születési hely, idő:

.....

Lakcíme: .....

Anyja neve:

.....

E-mail: .....

Telefonszám: .....

Képző intézmény/iskola neve:

.....

Címe: .....

.....

Képzés megnevezése:

.....

A gyakorlati idő időszaka:

.....

Összesen letöltendő óraszám: .....

A gyakorlat célja, témaköre: .....

A gyakorlat során alkalmazott dokumentumok megnevezése: .....

**Fontos! A képzési útmutatókat kérjük mellékelni!**

**Felhívjuk figyelmét, hogy az óvodai gyakorlat csak érvényes egészségügyi kiskönyvvvel kezdhető meg!**

Szolnok, .....

.....

hallgató aláírása

A fogadó intézmény tölti ki



# SZOLNOK VÁROSI ÓVODÁK

OM: 201071

5000 Szolnok, Szapáry u. 8.

Telefon: 56/421-618; 06/20/277-9990

titkarsag@szolnokiovodak.t-online.hu

www.szolnokiovodak.hu • www.facebook.com/SZVO2021

A jelentkező részére az óvodai gyakorlatot a **Szolnok Városi Óvodák** .....  
**Tagintézményében** engedélyezem letölteni.

A jelentkező a kitöltött, aláírt kérelemmel köteles a választott Tagintézmény vezetőjét felkeresni, további egyeztetés céljából.

Szolnok, .....

.....

igazgató