



TT17LE00A08

20..../20.... tanév VII. félév

Egyéni iskolai gyakorlat – alkalmazott és inkluzív

Iskola neve és címe

Osztály.....

A gyakorlatvezető tanító neve:

A gyakorlat ideje:		
	A feladat pontos megnevezése (a hallgató tölti ki)	Rövid gyakorlatvezető tanítói értékelés
1.		
2.		
3.		
4.	Egyéb	
A gyakorlat ajánlott minősítése: kiválóan megfelelt, megfelelt, nem felelt meg.*		 dátum
		 gyakorlatvezető tanító aláírása

*A megfelelő minősítést kérjük aláhúzni!

Kari oktató tölti ki!	
A gyakorlat minősítése:	 dátum
	 oktató aláírása