**SÚHLAS K  VYKONANIU**

**P R I E B E Ž N E J**

**PEDAGOGICKEJ PRAXE NA ZŠ, SŠ, ZUŠ\***

Meno a priezvisko študenta .....................................................................................................................

Aprobácia, ročník .....................................................................................................................................

Názov ZŠ, SŠ, ZUŠ\* ....................................................................................................................................

Adresa /ulica, PSČ, mesto/ ..........................................................................................................................

Okres ........................................................................................................................................................

Riaditeľstvo ZŠ, SŠ, ZUŠ\* /vyššie uvedenej ZŠ, SŠ, ZUŠ/ týmto dáva súhlas k vykonaniu ***priebežnej pedagogickej praxe*** vyššie uvedeného študenta 2. stupňa vysokoškolského vzdelávania 1. roku Mgr. štúdia Fakulty humanitných vied ŽU v Žiline.

Cvičný učiteľ /meno, priezvisko, titul/ .............................................................. aprobácia .....................

Počet hodín ................................

Podpis cvičného učiteľa .......................................

V ........................................ dňa .........................

...........................................

 podpis a pečiatka školy

**\* nehodiace sa prečiarknite**