**SÚHLAS K  VYKONANIU**

**S Ú V I S L 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 ***súvislej pedagogickej praxe*** vyššie uvedeného študenta 2. stupňa vysokoškolského vzdelávania 2. 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**