

Pieczętka gabinetu kosmetycznego

....., dnia.....  
( miejscowość)

Wyższa Szkoła Zdrowia,  
Urody i Edukacji w Poznaniu  
ul. Brzeźnicka 3, 60-133 Poznań

### Zgoda

Wyrażam zgodę na odbycie obowiązkowej praktyki zawodowej, wakacyjnej, dyplomowej\*)

Studenta pierwszego/drugiego\*) roku

..... nr albumu.....  
(imię i nazwisko studenta)

w terminie od.....do.....

Nadzór nad studentem sprawować będzie.....  
(imię i nazwisko opiekuna praktyk w gabinecie kosmetycznym)

.....  
(podpis i pieczęć gabinetu kosmetycznego)

\*)niepotrzebne skreślić

---

pieczętka gabinetu kosmetycznego

....., dnia.....  
( miejscowość)

### Zaświadczenie

Studentka..... nr albumu.....

Odbyła siedmioletniowe (280 godzin) Praktyki Zawodowe uzyskując ocenę .....

.....  
(podpis opiekuna praktyk)