



Universitat de Lleida
Facultat de Ciències
de l'Educació

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL CENTRO PRÁCTICAS

Sr./Sra.,

☐ responsable del centro

☐ director de la escuela

(nombre centro/escuela)

acepto que el estudiante

(nombre estudiante) con DNI

(calle/av.).....(núm).....(piso/puerta).....

(población) CPprovincia de

(teléfono) e-mail (UdL):.....@alumnes.udl.cat

Como estudiante de la titulación:

☐ Maestro Ed. Infantil	☐ Maestro Ed. Primaria	☐ Maestro Ed. Especial
☐ Maestro Ed. Física	☐ Maestro Ed. Musical	☐ Maestro Lengua extranjera
☐ Educación Social	☐ Trabajo Social	☐ Psicopedagogía

Pueda realizar las prácticas de su titulación durante el próximo curso/..... en:

Nombre centro/escuela:.....

Institución (si procede):.....

ZER (si procede):.....

Dirección:.....
(carrer/av./plaza...) r(úm.)

Población:..... CP:.....Provincia:.....

Teléfono centro:..... E-mail centro:.....

Responsable prácticas en el centro:.....

Teléfono responsable prácticas en el centro:.....

E-mail responsable prácticas en el centro:.....

Firma	Sello del centro/escuela

..... de de

(Entregar esta hoja firmada en Conserjería antes de la finalización del plazo establecido)