



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):.....@alumnos.udl.cat

Como estudiante del GRADO:

<input type="checkbox"/> Maestro Ed. Infantil	<input type="checkbox"/> Maestro Ed. Primaria
<input type="checkbox"/> Educación Social	<input type="checkbox"/> Trabajo Social

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

Nombre centro/escuela:.....
Institución (si procede):.....
ZER (si procede):.....
Dirección:.....
(carrer/av./plaça...) (núm.)
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)