



CARTA D'ACCEPTACIÓ DEL CENTRE PRÀCTIQUES

En/na

responsable del centre

director de l'escola

(nom centre/escola)

accepto que l'estudiant

(nom estudiant) amb DNI,
(carrer/av.).....(núm).....(pis/porta).....
(població) CPprovíncia de
(telèfon) e-mail (UdL):.....@alumnes.udl.cat

Com estudiant del GRAU:

<input type="checkbox"/> Mestre Ed. Infantil	<input type="checkbox"/> Mestre Ed. Primària
<input type="checkbox"/> Educació Social	<input type="checkbox"/> Treball Social

pugui fer les pràctiques de la seva titulació durant el proper curs/..... a:

Nom centre/escola:.....
Institució (si s'escau):.....
ZER (si s'escau):.....
Adreça:.....
(carrer/av./plaça...) (núm.)
Localitat:..... CP:.....Província:.....
Telèfon centre:..... E-mail centre:.....

Responsable de les pràctiques al centre:.....
Telèfon responsable de les pràctiques al centre:.....
E-mail responsable de les pràctiques al centre:.....

Signatura	Segell del centre/escola

....., de de

(Cal retornar aquest full signat a Consergeria abans del termini fixat)