**Symbol Z-5.4-1-1 z dn. 13 czerwca 2016 r.**

**FORMULARZ ZASTĘPSTW I ODRABIANIA ZAJĘĆ**

***Instytut kultury fizycznej*** Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kierunek/specjalność | Rok | Przedmiot | Forma zajęć  (w, ćw, lab, sem., proj.) | Grupa | **Realizacja zajęć** | |
| Wg planu  (data, godziny, nr sali) | Propozycja odrobienia  (data, godziny, nr sali)/ imię i nazwisko osoby zastępującej |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Powód zastępstwa/przełożenia terminu zajęć: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………… …………………………………………………. ………………………………………………………

Data i podpis pracownika Data i podpis osoby zastępującej Akceptacja przełożonego