

.....  
(organizator – pełna nazwa organizatora kursu)

.....  
(adres jednostki organizacyjnej)

.....  
(województwo)

.....  
(gmina/dzielnica)

# DZIENNIK ZAJĘĆ

## KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY

nr .....  
(numeracja własna)

.....  
(oznaczenie i nazwa kwalifikacji)

.....  
(zawód dla którego wyodrębniono kwalifikację)

.....  
(symbol obszaru kształcenia)

.....  
(liczba godzin)

.....  
(data rozpoczęcia)

.....  
(data zakończenia)

.....  
(opiekun kursu)

## INFORMACJE O KURSIE KWALIFIKACYJNYM

Obszar kształcenia	.....	
Oznaczenie i nazwa kwalifikacji zawodowej	..... (oznaczenie)	..... (nazwa zawodu)
Nazwa i symbol cyfrowy zawodu, w którym wyodrębniono daną kwalifikację	..... ..... ..... (symbol cyfrowy)	..... ..... ..... (nazwa zawodu)
Forma kształcenia (stacjonarna, zaoczna)	.....	
Numer programu nauczania z wewnętrznego wykazu programów	.....	

### MINIMALNA LICZBA GODZIN KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO

Efekty kształcenia wspólne dla wszystkich zawodów oraz efekty wspólne dla zawodów w ramach obszaru ....., stanowiące podbudowę do kształcenia w zawodzie lub grupie zawodów PKZ (.....); PKZ (.....); PKZ (.....)	..... godz.
Efekty właściwe dla kwalifikacji ..... <div style="text-align: center;">(symbol)</div>	..... godz.

### INNE INFORMACJE

Data rozpoczęcia zajęć	.....
Data zakończenia zajęć	.....
Ilość wydanych zaświadczeń o ukończeniu kursu	.....

# PLAN NAUCZANIA

Część I. Efekty wspólne dla zawodów w ramach obszaru .....	..... (liczba godzin)
--	--------------------------

BHP	bezpieczeństwo i higiena pracy	..... godz.
PDG	podejmowanie i prowadzenie działalności gospodarczej	..... godz.
JOZ	język obcy ukierunkowany zawodowo	..... godz.
KPS	kompetencje personalne i społeczne	..... godz.
OMZ	organizacja pracy małych zespołów	..... godz.

Część II. Efekty wspólne dla zawodów w ramach obszaru .....	..... (liczba godzin)
PKZ (.....); PKZ (.....); PKZ (.....)	.....

Przedmiot, moduły	Liczba godzin
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

Część III. Efekty właściwe dla kwalifikacji .....	..... (liczba godzin)
(oznaczenie)	.....

Przedmiot, moduły	Liczba godzin
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

Kształcenie praktyczne / praktyka zawodowa	..... (liczba godzin)
--	--------------------------

		..... godz.
		..... godz.
		..... godz.

## DANE OSOBOWE SŁUCHACZY

Lp.	Drugie imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Adres zamieszkania	Telefon kontaktowy*
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
39.					
40.					

\* numer wpisuje się w przypadku, gdy słuchacz wyraził zgodę.

---

(przedmiot / moduł)

---

(liczba godzin)

---

(prowadzący)

## WYKAZ OBECNOŚCI SŁUCHACZY

Lp.																																				
	wpisać pionowo datę przeprowadzonych zajęć																																			
1.																																				
2.																																				
3.																																				
4.																																				
5.																																				
6.																																				
7.																																				
8.																																				
9.																																				
10.																																				
11.																																				
12.																																				
13.																																				
14.																																				
15.																																				
16.																																				
17.																																				
18.																																				
19.																																				
20.																																				
21.																																				
22.																																				
23.																																				
24.																																				
25.																																				
26.																																				
27.																																				
28.																																				
29.																																				
30.																																				
31.																																				
32.																																				
33.																																				
34.																																				
35.																																				
36.																																				
37.																																				
38.																																				
39.																																				
40.																																				

# TEMATYKA ZAJĘĆ z .....

Nr kolejny zajęć	Data	Temat zajęć	ob	nb	Podpis

# OCENIANIE, KLASYFIKACJA Z .....

(zasady oceniania, klasyfikowania i zaliczenie zgodnie z zasadami określonymi w statucie)

Lp.	Formy oceny efektów kształcenia*						Zaliczenie / ocena końcowa
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							
38.							
39.							
40.							

\* wpisać formę np. sprawdzian, ćwiczenia, test, zadanie praktyczne, prace klasowe, inne.



## ZESTAWIENIA KLASYFIKACYJNE

Lp.	Klasyfikacja końcowa wg zasad określonych przez organizatora																			
1.																				
2.																				
3.																				
4.																				
5.																				
6.																				
7.																				
8.																				
9.																				
10.																				
11.																				
12.																				
13.																				
14.																				
15.																				
16.																				
17.																				
18.																				
19.																				
20.																				
21.																				
22.																				
23.																				
24.																				
25.																				
26.																				
27.																				
28.																				
29.																				
30.																				
31.																				
32.																				
33.																				
34.																				
35.																				
36.																				
37.																				
38.																				
39.																				
40.																				

## ZESTAWIENIA KLASYFIKACYJNE

Lp.	Godziny opuszczone			Frekwencja słuchaczy w %	Informacja o ukończeniu kursu ukończył / nie ukończył	Numer zaświadczenia o ukończeniu kursu zawodowego (wpisać z Ewidencji Zaświadczeń)
	nieobecne usprawiedli.	nieobecne nieusprawiedli.	łącznie			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						