

**KONTAKT NA SPORTOVNÍ ODDÍL, KLUB  
ve kterém student praktikuje**

**ODDÍL, KLUB**

Název oddílu (klubu): .....

.....

Adresa: .....

.....

Jméno, příjmení, titul trenéra, cvičitele (jeho zařazení – trenérská třída): .....

.....

Kontakt na trenéra n. cvičitele, tel. spojení, e-mail: .....

.....

Den tréninku (zakřížkovat):      Po   Út   St   Čt   Pá   So   Ne

Čas tréninku: .....

**STUDENT**

Jméno a příjmení, specializace: .....

Ročník, kombinace, kód praxe:      roč.-      TVS      kód -

.....

Adresa, telefon: .....

**GARANT TMP**

Kontaktní osoba: Mgr. Milena Strachová, Centrum trenérského vzdělávání, FSpS  
MU Údolní 53, 602 00 Brno, tel: +420 541 146 266, Fax: + 420 541 146 261

e-mail: [stachova@fsps.muni.cz](mailto:stachova@fsps.muni.cz)