POTVRZENÍ AKTIVITY

Vysílající: Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky

STUDENT/STUDENTKA

……………………………. ……………………… ………………….

 Příjmení Jméno UČO

Potvrzujeme, že se student/studentka zúčastnil/a aktivity

v našem zařízení (organizaci): ……………………………………….

…………………………………………. konané dne: ….………………..

V Brně, dne

 ……………………………………………..

 Podpis zodpovědné osoby