

**SAMK / Sopimus kuvataideterapeuttisesta harjoittelusta**
**Opiskelija**

Nimi:

Opiskelijanumero:

E-mail:

Koulutusohjelma:

Ryhmä:

**Harjoitteluorganisaatio:**

Nimi:

Harjoittelupaikan edustaja/Sopimuksen allekirjoittaja:

E-mail:

Osoite:

**Kuvataideterapeuttinen harjoittelu**

Harjoittelun ajankohta:

Harjoittelun ohjaaja SAMKissa:

Palkaton/palkallinen harjoittelu:

**Kuvataideterapeuttisen harjoittelun sisältö**

Kuvataideterapeuttinen harjoittelu sisälsi yhteensä (istuntojen tuntimäärä):

- yksilön kanssa:

- ryhmän kanssa:

- sekä mahdollisesti muita kuvataideterapeuttisia väliintuloja ja prosesseja/tapahtumia:

**Allekirjoitukset**

Sopimus allekirjoitetaan sähköisesti, jolloin kaikki allekirjoittajat saavat sopimuksesta oman kappaleen.

Opiskelija

Harjoittelua koordinoiva opettaja SAMKissa

SAMKin opetuspäällikkö

Harjoitteluorganisaation edustaja