

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

Harjoittelusorganisaation edustaja