



**Visokoškolska ustanova Evropski univerzitet Brčko distrikt BiH
Pedagoški fakultet**

Ime i prezime studenta, br. indeksa	
Studijski program i godina studija na Pedagoškom fakultetu	
Kontakt adresa	
Kontakt telefon i e-mail adresa	

**PRIJAVA
OBAVLJANJA STRUČNE PRAKSE**

Prijavljujem studentskoj službi Evropskog univerziteta da namjeravam da obavim stručnu praksu.

Podaci o vaspitno-obrazovnoj ustanovi

Naziv vaspitno obrazovne ustanove	
Trajanje prakse	radnih dana
Mentor stručne prakse (određuje i popunjava ustanova)	

U Brčkom, _____ . godine

Potpis studenta

Saglasnost dekana Pedagoškog fakulteta prof. dr. Drago Tešanović	
Prijemni štambilj	

Dostaviti:

- 1) U dosije studenta, i
- 2) aspitno-obrazovnoj ustanovi u kojoj se obavlja praksa.

M.P.