Pediatria V rok

Grupa ćwiczeniowa nr _____
Grupa wykładowa nr _____
Grupa seminaryjna nr _____

Karta zaliczenia studenta

Imię i nazwisko _____

neurologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4 **MPD (RORE)**		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

reumatologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

onkologia dziecięca

seminarium nr	data
1	
2	
3	
4	
zaliczenie data	
ocena	
podpis prowadzącego	

nefrologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

metab/cukrz/żyw

ćwiczenie nr	data	podpis
1 **ch. metaboliczne**		
1 **ch. metaboliczne**		
3 **cukrzyca**		
4 **żywienie**		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		