



REJESTR ZREALIZOWANYCH ZADAŃ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Nazwisko i imię..... nr albumu

Specjalność: Rok studiów

NAZWA PRAKTYKI..... Kod przedmiotu.....

Forma praktyki: praktyka ciągła/praktyka śródroczna* Rok akad.

Wymiar godzin:..... Czas realizacji praktyk: od.....do.....

Miejsce realizacji praktyk:

.....
.....

Lp.	Data realizacji	Realizacja zadań w odniesieniu do programu praktyk oraz inne zadania, istotne dla danej specjalności	Ilość godzin
RAZEM			

*** Właściwe podkreślić.**

.....
Podpis studenta

.....
Podpis opiekuna praktyk

CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK



Student poznaje placówkę, w której odbywa się praktyka poprzez: zaprezentowanie przez opiekuna praktyki struktury organizacyjnej danej placówki, poznanie dokumentacji placówki, a w tym:- akty prawne dotyczące funkcjonowania placówki (statut, regulamin), ramowe programy nauczania.

Nazwa placówki:	
Status placówki:	
Organ prowadzący:	
Cele statutowe placówki:	
Struktura organizacyjna:	
Zadania placówki:	
Funkcje:	
Adresaci placówki:	
Oferta edukacyjna placówki:	
Zasady kierowania i przyjęć po placówki:	
Formy pracy:	
Metody pracy:	
Zakres współpracy z innymi placówkami w realizacji celów i zadań statutowych:	



KARTA OCENY PRZEBIEGU PRAKTYKI

Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: nr albumu:

Rok studiów:

Kierunek i specjalność:

Nazwa praktyki:

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia2....r.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna praktyk z placówki)

(pieczęć

instytucji)

[illegible]

Podpis opiekuna praktyk w placówce

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk



SCENARIUSZ REALIZACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: Rok studiów: Rok akademicki /
Data: Grupa/klasa: Liczba uczestników:
Czas trwania zajęć: Prowadzący:
Przedmiot/ blok organizacyjny:
Temat zajęć:

**Cele ogólne
(dydaktyczne,
wychowawcze):**

Cele operacyjne:
(zgodnie ze specyfiką
specjalności)
1) wiedza

2) umiejętności:

3) postawy

Metody:

Formy:

**Środki
dydaktyczne:**

Przebieg zajęć:

Tok zajęć (struktura)	Szczegółowy opis czynności	Uwagi do realizacji

Komentarz studenta:

Komentarz opiekuna praktyk:

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk z placówki