

Wydział Nauk Pedagogicznych  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej  
ul. Szczęśliwicka 40  
02-353 Warszawa



**Dane studenta realizującego praktyki:**

**Nazwisko i imię:** .....

**numer Albumu:**.....

**Rok studiów:** I

**Kierunek i specjalność:** pedagogika, animacja społeczno-kulturowa

**Nazwa praktyki:** Praktyka pedagogiczna w placówkach wypoczynku i czasu wolnego dzieci i młodzieży

**OPINIA OPIEKUNA O PRZEBIEGU PRAKTYKI:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Warszawa.....

(Data i czytelny podpis opiekuna praktyk z placówki)

Wydział Nauk Pedagogicznych  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej  
ul. Szczęśliwicka 40  
02-353 Warszawa



**Dane studenta realizującego praktyki:**

**Nazwisko i imię:** .....

**numer Albumu:**.....

**Rok studiów:** I

**Kierunek i specjalność:** pedagogika, animacja społeczno-kulturowa

**Nazwa praktyki:** Praktyka pedagogiczna w placówkach wypoczynku i czasu wolnego dzieci i młodzieży

**OPINIA STUDENTA O PRZEBIEGU PRAKTYKI:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Warszawa.....  
(Data i czytelny podpis studenta-praktykanta)



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
[podpis studenta-praktykanta]

.....  
[podpis opiekuna praktyk z uczelni]



## ARKUSZ HOSPITACJI ZAJĘĆ:

Dane studenta realizującego praktyki:

Nazwisko i imię: .....

numer Albumu:.....

**OKRES HOSPITACJI:**

.....

Lp.	GODZINA/ CZAS TRWANIA	PRZEBIEG	WNIOSKI INFORMACJE
Dzień 1			

**Dzień 2**

**Dzień 3**

**Dzień 4**

**Dzień 5**

<b>Dzień 6</b>			
<b>Dzień 7</b>			



<b>Dzień 8</b>			
----------------	--	--	--

**Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski praktykanta:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
[Podpis studenta-praktykanta]

.....  
[Podpis opiekuna praktyk z placówki]