



## 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
		<b>RAZEM</b>	

\* 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 placówce:	
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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia .....2....r.  
(miejsowość)

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

(pieczęć

instytucji)







## 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:

<b>Tok zajęć (struktura)</b>	<b>Szczegółowy opis czynności</b>	<b>Uwagi do realizacji</b>

**Komentarz studenta:**

**Komentarz opiekuna praktyk:**

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk z placówki





## PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ

Nazwa praktyk: ..... Rok studiów: ..... Rok akademicki: ..... / .....

Data: ..... Grupa/klasa: ..... Liczba uczestników: .....

Czas trwania zajęć: ..... Prowadzący: .....

Przedmiot/ blok organizacyjny: .....

Temat zajęć: .....

Lp.	GODZINA/ CZAS TRWANIA	PRZEBIEG	METODY I FORMY PRACY

--	--	--	--

**ANALIZA ZAJĘĆ:**

<b>Cele ogólne (dydaktyczne, wychowawcze)</b>	
<b>Cele operacyjne</b>	
<b>Środki dydaktyczne</b>	

Osobiste refleksje, spostrzeżenia, sugestie, wnioski praktykanta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta/ki

.....

Podpis opiekuna praktyk z placówki



## DZIENNIK INDYWIDUALNYCH KONSULTACJI STUDENTA

### Dane studenta realizującego praktyki

Nazwisko i imię: ..... nr albumu:.....

Rok studiów: .....

Kierunek i specjalność: .....

Nazwa praktyki: .....

L.p.	Data	Przedmiot konsultacji	Uwagi

....., dnia ..... 20....r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis praktykanta)

